

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije

Sveučilišni jednopredmetni preddiplomski studij sestrinstva

Lucija Novak

**Suicid u mladih i uloga prvostupnika sestrinstva u
prevenciji suicida**

Završni rad

Zadar, 2016.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni jednopredmetni preddiplomski studij sestrinstva

Suicid u mladih i uloga prvostupnika sestrinstva u prevenciji suicida
Phenomenon of suicide in young age and function bachelor nurses have in prevention of suicide

Završni rad

Student/ica:
Lucija Novak

Mentor/ica:
Darko Labura, dr.med.spec. psihijatar,
subspecijalist forenzičke psihijatrije

Zadar, 2016.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Lucija Novak**, ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom **Suicid u mladih u uloga prvostupnika sestrinstva u prevenciji suicida** rezultat mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mogega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mogega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 15. rujna 2016.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. TERMINOLOGIJA SUICIDA.....	2
2.1 VRSTE SUICIDA	3
2.2 EPIDEMIOLOGIJA	4
2.3 ETIOLOGIJA SUICIDA.....	8
2.4 PROCJENA RIZIKA SUICIDA	11
2.4.1 NAJČEŠĆE ZABLUDE I MOTIVI O SUICIDALNOSTI U OPĆOJ POPULACIJI	13
2.4.2 PARASUICID	15
3. SUICID U MLADIH.....	16
3.1 VISOKORIZIČNE SKUPINE ZA POJAVU SUICIDA.....	18
3.2 UZROCI SUICIDA U MLADIH	19
3.3 UTJECAJ ŠKOLSKE SREDINE NA POJAVU SUICIDA	22
3.4 KAKO PREPOZNATI MLADU OSOBU U KRIZI	23
3.5 ŠTO MLADI MISLE O SUICIDU	24
4. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA	26
4.1 PREPOZNAVANJE I OTKRIVANJE SUICIDALNOG PONAŠANJA	28
4.2 ONEMOGUĆAVANJE I SPRJEČAVANJE SUICIDA.....	30
4.3 PREVENCIJA SUICIDA U MLADIH	31
4.4 KAKO POMOĆI SUICIDALNO UGROŽENOJ OSOBI	34
4.5 MEDIJI I PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA	35
4.6 JAVNOZDRAVSTVENI PRISTUP PREVENCIJI SAMOUBOJSTVA.....	36
5. ZAKLJUČAK	39
6. LITERATURA.....	40

SAŽETAK

Tema ovog završnog rada je: Suicid u mladih i uloga prvostupnika sestrinstva u prevenciji suicida. Suicid je akt, čin, aktivnost ili radnja kojom jedna osoba vlastitom voljom, željom, odlukom svjesno, namjerno i planski sama sebe usmrćuje. U praksi susrećemo se za različitim vrstama suicida, a epidemiologija i statistički podaci upozoravaju nas na sve veći porast suicida među mlađom populacijom. Zato je vrlo važno da kao zdravstveni kadar znamo procijeniti rizik suicida, prepoznati čimbenike rizika suicidalnosti, poznavati razliku i educirati pučanstvo o zabudama i mitovima suicidalnosti, parasuicidu i posebno obratiti pažnju na pojavu suicida u mladih, što je to, što ih potakne na takav zastrašujući čin, kako utječe školska sredina na pojavu suicida u mladih, kako prepoznati mladu osobu u krizi i zapravo saznati što mladi uopće i misle o suicidu i suicidalnom ponašanju. Drugi dio ovog rada bavi se prevencijom suicida koja se odvija kroz tri razine (primarna, sekundarna, tercijalna), kako pomoći suicidalno ugroženoj osobi te kako putem medija i javnozdravstvenog pristupa možemo smanjiti stope suicida kako u mlađoj populaciji tako i u općoj populaciji.

Ključne riječi: Suicid, parasuicid, rizični čimbenici, prevencija, stopa suicida.

SUMMARY

The subject of this final paperwork is: Phenomenon of suicide in young age and function bachelor nurses have in prevention of suicide. Suicide is act, activity or action with which one person, in her own will, consciously and planned decides to end her own life. In practice we meet with different types of suicide. Epidemiology and statistical data are warning us of increasing growth in suicidal behavior in young age. Therefore, it's very important for us, as medical staff, to know how to estimate the risk of suicide, recognize risk factors, know the difference and educate the population about misconceptions and myths of suicide, parasuicide and pay special attention to the occurrence of suicide in young age, on what encourages young people in such frightening act. How school effects the suicidal behavior, how to recognize young person in crisis and find out what young people think about suicide and suicidal behavior. The second part of this paper work is about suicide prevention, which has three stages (primary, secondary and tertiary), how to help suicidally threatend person and how to reduce suicide rates in young population, and in general population, through different media and public health approach.

Key words: suicide, parasuicide, risk factors, prevention, the rate of suicide.

1. UVOD

Današnji epidemiološki podaci ukazuju na opći trend povećanja stope suicida u svijetu i u nas. Što dovodi do vrlo kritične teme, a to su samoubojstva mladih osoba. Teškoće, drame, tragedije, nagomilane frustracije, agresija, autoagresija, zlostavljanje i ostala traumatska iskustva iz najranijeg djetinjstva, čine mladog čovjeka koji sve teže nalazi vlastiti identitet i svoje „mjesto pod suncem.“ U trenucima kriza i košmara uz sputavanja i osjećaja nemoći, patnje i boli, mladi čovjek katkad vidi jedini izlaz u vlastitom samouništenju.

U svijetu tijekom godine počini se oko pola milijuna suicida, a to je približno oko 1370 na dan, što znači da se gotovo svake minute ugasi jedan ljudski život. Ovi podaci nas upozoravaju da se ne radi dovoljno na organiziranom, strukturiranom i znalačkom preveniranju, otkrivanju i sprečavanju. Sve je manje dobro osmišljenih, organiziranih i koordiniranih akcija, a sve je više javnog informiranja gdje se daje veliki publicitet suicidu koji unosi paniku i pomutnju među građane te prenapuhavanja, izmišljanja i osuda da se nešto slično ne dogodi u vlastitoj sredini. Umjesto zdravstvenog prosvjećivanja, odgojno-pedagoških aktivnosti, zdravog i racionalnog provođenja slobodnog vremena, stvara se panika, širi se strah, pritisak na mlade kroz različite moralne propovijedi. Takvi postupci mogu mladog, nedovoljno zrelog i labilnog čovjeka, osobu u krizi, konfliktu i patnji potaknuti da i sam svoje probleme pokuša riješiti na sličan način- suicidom ili njegovim pokušajem.

2. TERMINOLOGIJA SUICIDA

Pojam suicida potječe iz 17. stoljeća kada ga je engleski pisac Thomas Browne spomenuo u djelu *Religio Medici* (1643.). Od početka razvoja suicidiologije mnogi su istaknuti suicidolozi različito definirali samoubojstvo. Stengel je opisivao suicid kao svako samouništavajuće ponašanje koje je povezano s idejom smrti i koje završi smrću. (2) Suicid najčešće definiramo kao dobrovoljno i namjerno samouništenje, odnosno kao akt, čin, aktivnost ili radnju kojom jedna osoba (samoubojica) vlastitom voljom, željom i odlukom svjesno, namjerno i planski sama sebe usmrćuje. Ako pak u tome ne uspije, tj. ne izvede čin do kraja pa ostane u životu onda to označavamo kao pokušaj samoubojstva. (3) Sam termin suicid potječe od latinske riječi *suicidium* – što znači osoba i *ocidere* – u značenju ubiti. Najčešće je to subjektivni, voljni čin, iako u mnogim slučajevima nalazimo elemente vanjskih poticaja, motiva, povoda i uzroka koji, u manjoj ili većoj mjeri, utječu na donošenje odluke o samouništenju. Za definiranje samoubojstva bitna je namjera, vlastita želja i odluka. Počinitelj mora biti svjestan posljedice toga čina.

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je O'Carrolleva u sur. (1996.):

Samoubojstvo (suicid) – dokazano samouzrokovana smrt. (1)

Pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala opisanim činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti. (1)

Prekinuti pokušaj samoubojstva – potencijalno samoozljeđujuće ponašanje o kojemu postoje dokazi da je osoba namjeravala prouzročiti vlastitu smrt, ali je radnja prekinuta prije nego što je došlo do tjelesnog oštećenja. (1)

Promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideacija) – razmišljanje da se skrivi vlastitu smrt; promišljanja o samoubojstvu mogu se kretati od nesistematiziranih misli do razrađivanja ozbiljnih planova. (1)

Suicidalna namjera – subjektivno očekivanje i želja da svojevolumni samodestruktivni čin dovede do vlastite smrti. (1)

Smrtnost samoubilačkog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) – objektivna opasnost za vlastiti život povezana s metodom izbora; treba naglasiti da je objektivna smrtnost različita

očekivanja pojedinca o ishodu, odnosno o njegovim spoznajama o tome koji je način medicinski opasan za život. (1)

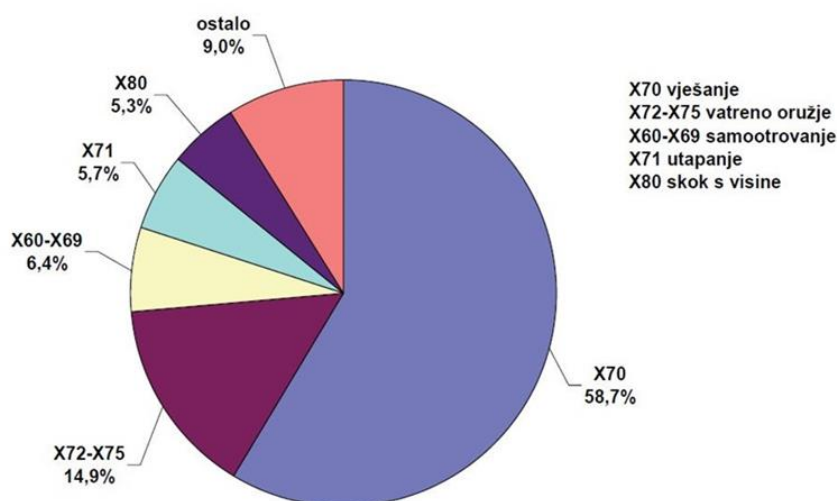
Namjerno samoozljeđivanje – svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje i nakane da se skonča vlastiti život. (1)

Danas se sve rjeđe u suicidiologiji zastupa koncepcija dihotomije suicidalnosti, a nema ni jedinstvene definicije i klasifikacije fenomena suicida. (1)

2.1 VRSTE SUICIDA

Samoubojstvo možemo promatrati s različitih aspekata i stajališta pa ga s obzirom na različite okolnosti, uzroke, načine izvršenja i druge relevantne čimbenike – jednako tako različito vrednovati, kategorizirati i klasificirati. Uglavnom, većina samoubojstava se počinji na tradicionalan način, uobičajenim metodama i sredstvima pa ih svrstavamo u skupinu klasičnih samoubojstava. Ona su univerzalna i gotovo istovjetna u čitavu svijetu.

U Hrvatskoj najčešći način provođenja samoubojstva u oba spola jest vješanje, dok je u ostalim načinima počinjenja suicida prisutna razlika između spola. Za vrijeme Domovinskog rata te u poratnim godinama znatno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem (posebice među počiniteljima muškarcima). Posljednjih godina, ponajprije u posljednjem desetljeću, bilježi se trend pada tog načina počinjenja suicida, pa je 2009. godine taj udio iznosio 16,8%. Kod ženske je populacije najčešći način samoubojstva skok s visine te samootrovanje.



Slika 1. Najčešći načini izvršenja samoubojstava u 2010. godine u Hrvatskoj.

Izvor: HZJZ, 2011.

U pravilu, samoubojstvo se izvodi isključivo jednim načinom i samo jednim sredstvom, ali u praksi susrećemo i primjenu nekoliko njih. Takvo samoubojstvo, koje se izvodi s pomoću najmanje dva različita sredstva ili načina, nazivamo kombiniranim samoubojstvom. Prema načinu izvođenja mogu biti naprasna i polagana, aktivna i pasivna; prema izboru mjesta, javna i tajna; prema broju osoba, pojedinačna dvojna, višestruka, heteroseksualna, homoseksualna. Postoji također i simulirano i disimulirano samoubojstvo u kojem se samoubojstvo prikazuje kao prirodna smrt, nesretan slučaj ili ubojstvo. S obzirom na izvršenje, samoubojstvo može biti: planirano i smišljeno, te aktivno, brzo, naglo i iznenadno.

TIPOVI SUICIDA	METODE SUICIDA
Suicid tinejdžera	Samospaljivanje
Eutanazija	Izazivanje automobilske nesreće
Kombinacija samoubojstva i ubojstva	Davljenje u vodi
Suicid bombom	Električnom strujom
Kamikaze	Vješanje
Gerila, teroristi	Letalna injekcija
Ritualni suicid	Predoziranje
Masovni suicid	Gušenje ugljičnim monoksidom i dioksidom
Suicidalni pakt	Trovanje
Internet suicid	Ustreljavanje
Copycat suicid – Werterov efekt	Rezanje velikih arterija i vena
Forced suicid – u ratu	Gladovanje do smrti
Suicid by cop	

Tablica 1. Prikaz podjele suicida s obzirom na vrstu i metodu suicida

2.2 EPIDEMIOLOGIJA

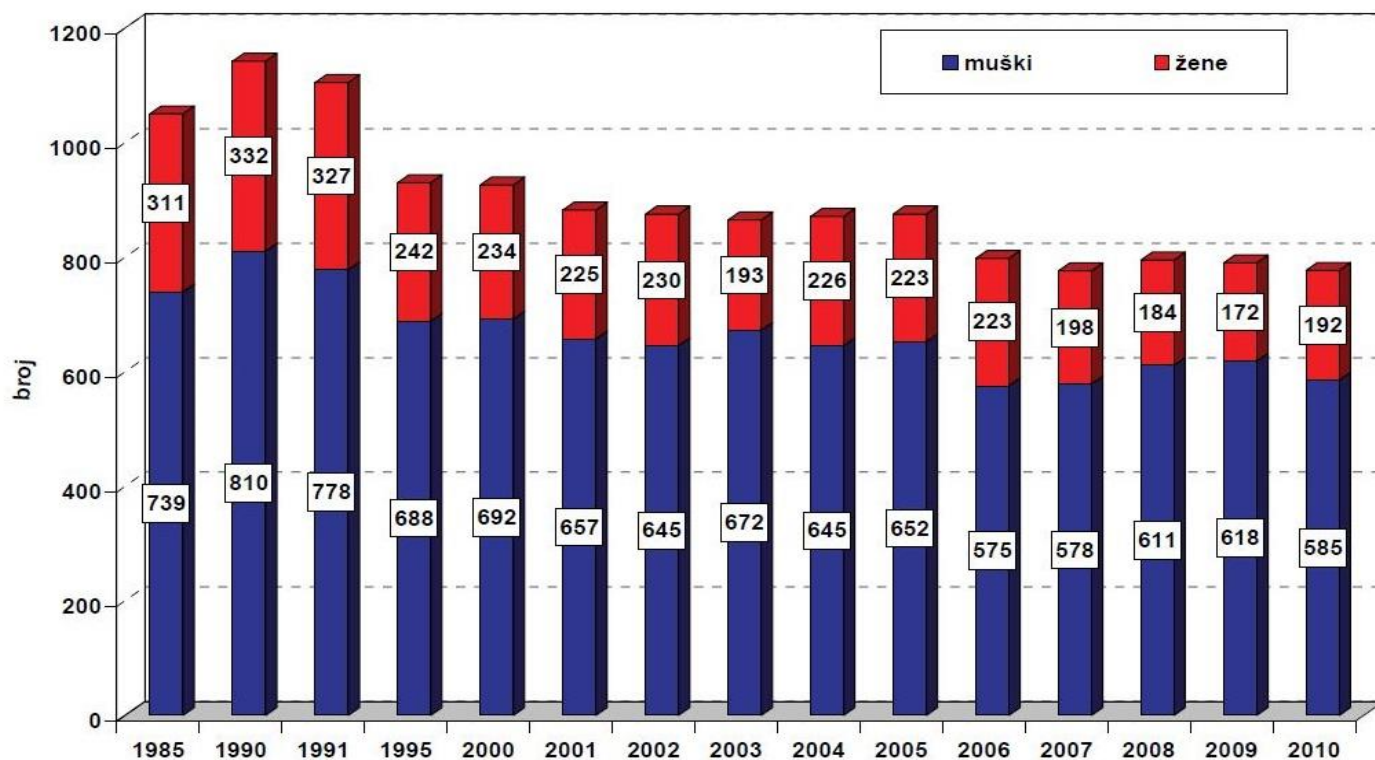
Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2006. godine, oko milijun ljudi godišnje oduzme si vlastiti život, što prelazi broj osoba poginulih u ratu i ubijenih. Iz toga proizlazi da se svakih četrdeset sekundi u svijetu dogodi jedno samoubojstvo. Stopu suicida označavamo kao broj počinjenih samoubojstava na 100.000 stanovnika godišnje (1). Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje kako bi stopa suicida mogla porasti do 1,5 milijuna do 2020. godine (SZO, 2007.). Godine 1998. suicid je bio na 12. mjestu uzroka smrti, nakon samo devet godina, suicid je postao jedan od vodeći uzroka smrti u populaciji između 15. i 44. godine života. (SZO, 2007.). Pokušaji suicida su do dvadeset puta češći od počinjenih suicida. (SZO, 2006.). Smatra se da je stopa suicida u posljednjih 50 godina porasla za 60%, najvećim dijelom u zemljama u razvoju. Suicid češće počinu muškarci, a češće neuspješno pokušavaju žene, iako u

nekim zemljama vlada obrnuta situacija, npr. Indija i Kina. Stope suicida rastu u doba ekonomske nestabilnosti (Barth i sur., 2011.). Nekoć se smatralo da u ratno doba dolazi do porasta broja suicida, međutim zadnji rezultati istraživanja opovrgavaju taj podatak. Podaci znanstvenih istraživanja izvješćuju o većoj incidenciji suicida tijekom proljeća i ranih ljetnih dana u godini. Objašnjenja ovog rezultata govore u prilog većoj učestalosti hospitalizacija zbog depresija u tom razdoblju, gdje su simptomi depresije prepoznati kao rizik za počinjenje suicida.

Vodeće zemlje na ljestvici suicida, prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2008.), su: Litva, Bjelorusija, Rusija, Kazahstan, a zatim i zemlje srednjeeuropske regije: Slovenija, Mađarska, Hrvatska. Unutar pojedine zemlje, stope suicida relativno su stabilne tijekom vremena, ali postoji trend porasta u skupini mlađih muškaraca, dobi između 15. i 34. godine. (Guennell i sur., 2003.; Liu i Phil, 2009.).

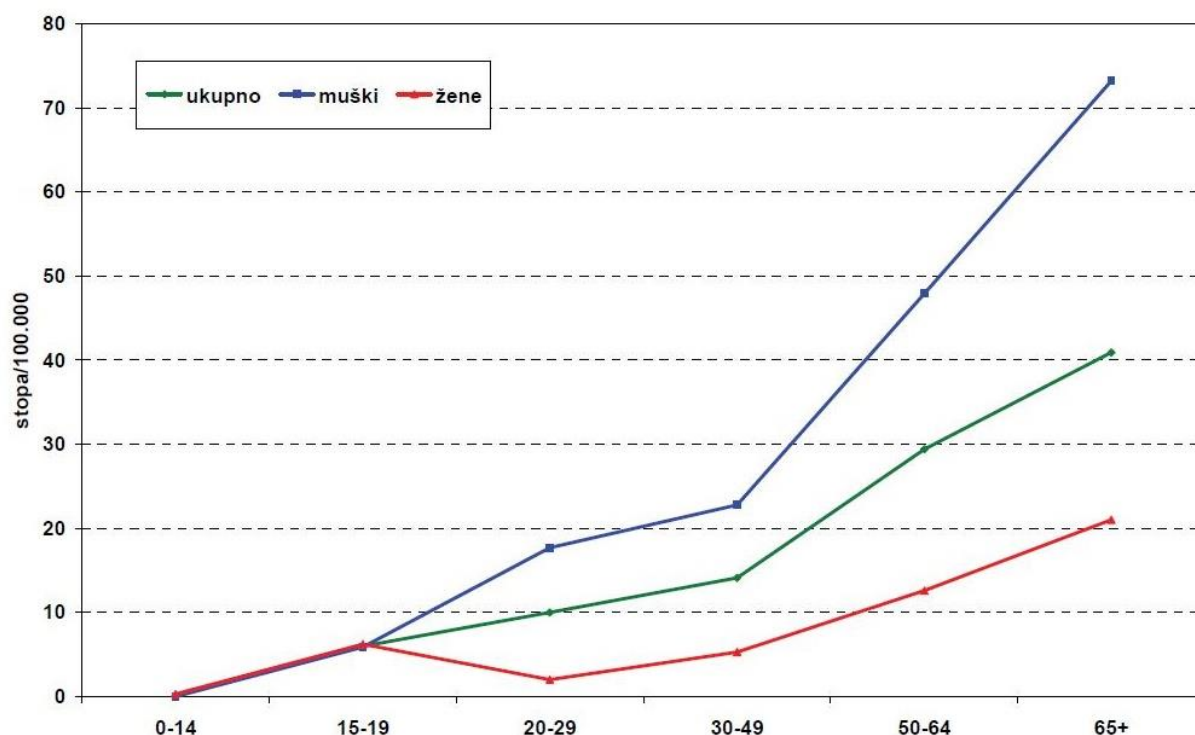
Samoubojstva spadaju u prioritetne javnozdravstvene probleme u Republici Hrvatskoj. Počinjena samoubojstva jedan su od vodećih uzroka mortaliteta od ozljeda, kao i jedan od vodećih uzroka ukupnog mortaliteta u dobi od 15 do 29 godina. (1)

1986. godine u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo osnovan je Registar počinjenih samoubojstava u Hrvatskoj, koji predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument i ima značajke populacijskog registra. (1) Počinjena samoubojstva godinama su bila vodeći uzrok mortaliteta od ozljeda u Hrvatskoj, s razmjernim udjelom oko 30%. Posljednjih nekoliko godina došlo je do promjena na ljestvici ukupnog mortaliteta od ozljeda; padovi su vodeći uzrok, sljede počinjena samoubojstva s udjelom od 26.5% 2009. godine. Kao što je već spomenuto, u Hrvatskoj također muškarci 3 puta češće počinju samoubojstvo nego žene. Iz tog su razloga u muškog spola samoubojstva i nadalje vodeći uzrok smrti od ozljeda s udjelom od 32.7% 2009. godine, dok su u ženskog spola na drugom mjestu, poslije padova s udjelom od 15.7%. (1) U ukupnom mortalitetu u Hrvatskoj, počinjena samoubojstva sudjeluju s relativno malim razmjernim udjelom od oko 1.5%. Međutim, u dobi od 15 do 29 godina najčešći uzrok mortaliteta su ozljede vezane uz prometne nesreće i samoubojstva.



Slika 2. Broj samoubojstva po spolu u Hrvatskoj po pojedinim godinama u razdoblju 1985. – 2010. Godine.
Izvor: HZJZ, 2011. godine

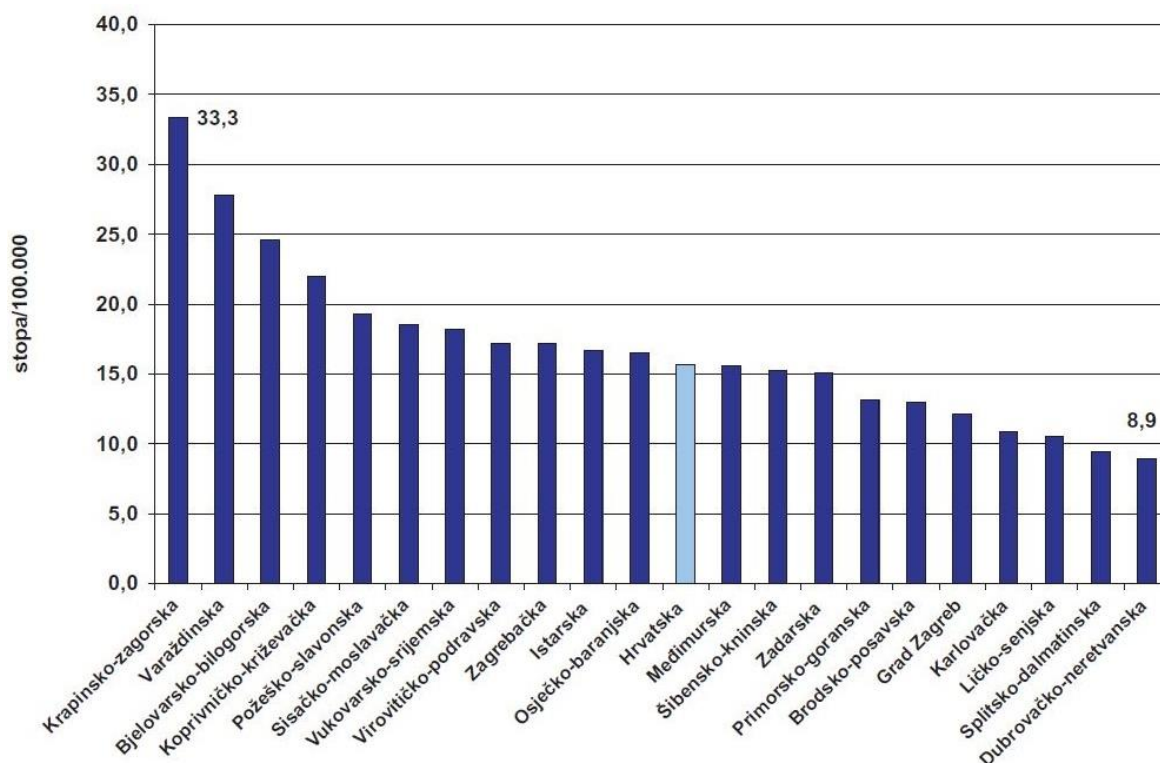
U 25-godišnjem razdoblju (od 1985.-2009. godine), registriraju se oscilacije u ukupnom broju počinjenih samoubojstava prema broju stanovništva, dok je nadalje prisutan trend pada samoubojstava. Analize prema spolu također pokazuju trend opadanja broja i stope počinjenih samoubojstava, uz veće ili manje oscilacije vezano uz spol. U dobi od 1985. do 2009. godine, u ženskog spola došlo je do pada suicida za 40%, dok je u muškog spola registriran pad od 10%. U Hrvatskoj je kao i u nekim drugim zemljama, u dobi od 15 do 19 godina bio zabilježen porast stope počinjenih samoubojstava.



Slika 3. Dobno – specifične stope samoubojstva po spolu 2010. godine u Hrvatskoj,
Izvor: HZJZ, 2011.

Kako bi se trendovi smrtnosti u duljem razdoblju interpretirali što objektivnije te da bi se mogao uspoređivati mortalitet od samoubojstava između županija, potrebno je primijeniti tzv. dobno-standardizirane stope. Dobnom standardizacijom poništava se utjecaj različitih dobni struktura populacija tako da se stope koje se žele usporediti primijene na dogovorenu standardnu populaciju. (1)

Hrvatske županije registriraju znatne razlike u mortalitetu od samoubojstava. Županije priobalnog dijela Hrvatske bilježe znatno niže dobno-standardizirane stope od pojedinih županija kontinentalnog dijela. U 2009. godini najniže dobno-standardizirane stope zabilježene su u Dubrovačko-neretvanskoj županiji, a najviše u Krapinsko-zagorskoj županiji.



Slika 4. Dobno – standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava za sve dobi ukupno 2010. Godine u Hrvatskoj prema županijama. Izvor: HZJZ, 2011.

Dobno standardizirane stope mortaliteta samoubojstava za Hrvatsku, za sve dobi ukupno, više su od prosjeka zemalja članica EU-a.

2.3 ETIOLOGIJA SUICIDA

Uzroci, povodi i motivi samoubojstava su raznoliki, višedimnezionalni, a proizlaze iz same ličnosti – njegove obiteljske, školske, radne i životne sredine. Grubo ih možemo svrstati u dvije skupine:

- endogeni (uzroci unutarnjeg podrijetla). Sklonost samoubojstvu česta je kod oboljelih od shizofrenije, depresije i drugih vrsta duševnih bolesti. To su sve endogeni uzroci koji se s manjom ili većom učinkovitošću liječe, ublažavaju, otklanjaju i sprečavaju psihijatrijskim, psihoterapijskim i drugim oblicima stručnog tretmana. Nasuprot endogenim razlikujemo:
- egzogeni (uzroci i motivi koji su proizvod vanjskog okruženja i okolnosti) npr. socijalne, ekonomske, kulturne, obiteljske, školske, radne, političke i druge nepovoljne prilike. Uzroci,

motivi i povodi koji variraju znatno su brojniji, djeluju dinamički i interakcijski, u raznim kombinacijama i spregama.

Svaki pokušaj i počinjeno samoubojstvo uzrokovani su čitavim spletom, najčešće nesvjesnih motivacijskih čimbenika i uvijek su izraz povezanosti znakova ličnosti i njezinih simptoma sa psihosocijalnom situacijom. Odluka o samoubojstvu obično se donosi u teškim i kriznim situacijama, živčanoj napetosti, gorčini, patnji, očaju, poniženosti, osramoćenosti, gubitku ljudskog dostojanstva i drugim negativnim emocionalnim nabojima.

Olakšanje i ubrzanje donošenja odluke o samoubojstvu donose razne situacije, okolnosti, poticaji i motivi te tzv. suicidogeni stimulansi (alkoholizam, narkomanija, razni vanjski pritisci, progoni, zlostavljanja...).

Da bi netko donio odluku o samoubojstvu, potrebna su barem dva osnovna elementa:

- Sklonost samoubilačkom razmišljanju i suicidogena dispozicija i
- Samoubilački motiv koji on shvaća i prosuđuje kao dovoljan razlog za oduzimanje vlastita života.

Suicidalna dispozicija, smanjenje životnog nagona, mladenačkog zanosa, poleta i želje za životom, uz kombinaciju posebnog reagiranja na vanjske i unutarnje poticaje lako mogu postati pokretači labilne, nezadovoljne osobe na samoubojstvo. Ona u svemu vidi povod i motiv za samoubojstvo, poglavito ako dulje vrijeme živi u suicidalnom okruženju, sa samoubilačkim razmišljanjima. Da bi čovjek počinio samoubojstvo, moraju postojati najmanje četiri suicidalna čimbenika, i to:

- Teška psihička kriza,
- Naglašena autoagresivnost i nasilnost,
- Samoubilačka ideja,
- Samoubilački plan.

Neizravni motivi, povodi, izvori i uzroci samoubilačkom ponašanju mogu biti loša egzistencijalna i socijalna situacija u društvu, snažne afektivne krize, loši međusobni odnosi u obitelji, radnoj organizaciji, školi u kojoj i široj socijalnoj sredini, krizne i konfliktne prilike, rastave braka, poslovni i financijski problemi, sramoćenja. Sve to skupa ili pojedinačno, u

određenim konstelacijama i situacijama, može osobu sklonu samoubilačkim razmišljanjima i radnjama motivirati i potaknuti na taj samonasilnički čin i oduzimanje vlastita života.

Dr. Vladimir Hudolin razmatra, prosuđuje i razlikuje čimbenike samoubojstva koji potječu od ličnosti i one koji dolaze iz njezine neposredne, uže i/ili šire životne, radne i socijalne sredine pa ih svrstava u dvije goleme skupine:

- a) Vanjske faktore: meteorološki faktori, politički, ekonomski pritisci, odnos društva prema samoubojstvu, opterećenja u školi i u radnoj organizaciji, fizička bolest, opijenost, pritisci i sukobi u obitelji, samoubojstva među važnim ličnostima;
- b) Faktori ličnosti: subjekt, društvena grupa, obiteljska sredina u mladosti, alkoholizam, supkultura, nacionalni karakter, spol, genetski faktor.

60% svih suicida proizlazi iz teških depresivnih stanja, te možemo lako zaključiti da je depresija vodeći uzrok pojave suicida. Učestalost depresivnog poremećaja u općoj populaciji je oko 3,6-6,8%, a po nekima čak i veća, s većom učestalošću u žena nego u muškaraca. Prema procjenama Svjetske zdravstvene organizacije depresija će do 2020. godine postati drugi svjetski zdravstveni problem. Depresija je skupni pojam za više dijagnostičkih stanja u kojima je glavni simptom sniženo raspoloženje. Kod depresivnih poremećaja, prije svega kod velike depresivne epizode, dijagnostički kriterij navedena su česta razmišljanja o smrti, samoubilačke ideje ili pokušaji suicida. Može se reći da je najteža posljedica depresivnog poremećaja upravo pokušaj ili počinjenje suicida. Osoba kojoj je dijagnosticiran depresivni poremećaj, može imati samo razmišljanja i uvjerenja da bi drugima bilo bolje da je nema, a može imati i prolazna, ponavljana razmišljanja o izvršenju suicida. Intenzitet ovih razmišljanja varira od osobe do osobe, pa se kod onih koji imaju slabije izražene suicidalne simptome takva razmišljanja javljaju prolazno, ali ponavljano. Često traju jednu do dvije minute te se javljaju jedanput ili dvaput na tjedan. Oni koji imaju jače izražene suicidalne simptome, mogu se pripremati za taj čin, planirati vrijeme i mjesto samoubojstva. Rizik od samoubojstva iznimno je visok kod onih koji još pate od depresije sa psihotičnim obilježjima, anamnezom prijašnjih počinjenih suicida te istodobnom uporabom psihoaktivnih supstancija. Psihološke autopsije osoba koje su počinile suicid pokazuju da je oko polovine žrtava (29-88%) bolovalo od depresivnih poremećaja, od čega je oko polovina imala veliku depresivnu epizodu. U seriji suicida depresivnih bolesnika nađeno je da je depresivni poremećaj kao uzrok suicida češći u srednjoj i starijoj dobi, iako neki navode i povećan rizik između 24. i 35. godine, te potom nakon 50. godine. Iste studije upozoravaju na visoku stopu komorbiditeta u depresivnih bolesnika koji su počinili suicid, što se uglavnom

odnosi na zlouporabu ili ovisnost o alkoholu, poremećaj osobnosti i tjelesnu bolest. Suicidalno ponašanje prisutno je u svim oblicima depresije, ali moramo znati da rizik suicida raste sa težinom bolesti. Depresivni su simptomi veći rizik za samoubojstvo i kod drugih dijagnostičkih kriterija, ne samo kod poremećaja raspoloženja. Tako depresivni simptomi pogoršavaju rizik za suicid shizofrenih bolesnika. Pri prepoznavanju čimbenika rizika za suicid u depresivnih bolesnika, podijelilo ih se na kratkoročne i dugoročne. Među kratkoročnim čimbenicima su: napadaji panike, psihička anksioznost, depresivno pogoršanje i sl., a među dugoročnim čimbenicima su: suicidalne ideacije i namjere, te povijest prethodnih suicidalnih pokušaja. U liječenju depresivnog suicidalnog bolesnika važno je liječenje depresije, a da se pri tome uzima u obzir moguća suicidalnost u svakoj fazi bolesti.

Bezbroj je, izvora, uzroka, povoda i motiva koji pojedinačno, skupno i interakcijski potiču i djeluju na zagorčavanje života ljudi, tjeraju ih na razmišljanje, donošenje odluke i plana za samoubojstvo, njegov pokušaj i izvršenje.

2.4 PROCJENA RIZIKA SUICIDA

Statističko-epidemiološka istraživanja u psihologiji, psihijatriji i suicidologiji stvorila su teze o pravilnostima koje prate suicidalno ponašanje, tzv. čimbenicima rizika suicidalnosti. (1)

Tu spadaju muški spol, starija života dob (više od 65 godina života), bračni i obiteljski status u smislu povećanog rizika u osoba koje žive kao samci, etno-kulturalni čimbenici, usamljenost, nezaposlenost, neprepoznata i neliječena krizna stanja, nasljedni čimbenici i postojanje duševne ili kronične tjelesne bolesti. Među važne rizične čimbenike spadaju i čimbenici deprivacije ranog rasta i razvoja, među kojima je poseban čimbenik rizika psihofizičko i seksualno zlostavljanje. Postoji i spolna razlika vezana uz rizik suicida, tako muškarci 3-4 puta češće počine suicid, dok žene nekoliko puta češće pokušavaju suicid. To se dijelom objašnjava time da muškarci češće primjenjuju metode suicida s većom smrtnošću dok žene primjenjuju metode s manjom smrtnošću, kao što je predoziranje medikamentima. Nedavno provedeno istraživanje na Klinici za psihijatriju KBC-a Zagreb (Marčinko i sur., serija radova: 2002.-2011., Vuksan i sur., 2009.) istražuje biološke čimbenike rizika, osobito kolesterol i serotonin, čije su vrijednosti snižene u osoba sklonih suicidu, prema većini objavljenih istraživanja (osobito je bitan čimbenik snižene vrijednosti serotonina u SZS-u). Bitni su čimbenici rizika i tzv. nepovoljni životni događaji, koji

spadaju u jače stresore suicidalnog ponašanja. Ima više čimbenika rizika za suicid. Jedna od podjela čimbenika rizika je hijerarhijska (prikazano u Tablici 2), gdje se čimbenici rizika za suicid dijele na primarne (psihijatrijski čimbenici), sekundarne (psihosocijalni čimbenici) i tercijalne (demografski čimbenici).

Primarni (psihijatrijski čimbenici)	Prisutnost psihičkih poremećaja, izostanak adekvatnog liječenja, komorobitetet drugog psihičkog poremećaja, prethodni suicidalni pokušaji, suicid u obitelji, Sklonost impluzivnosti ili beznađu, poremećaj serotoninskog sustava, nizak kolesterol u serumu
Sekundarni (psihosocijalni čimbenici)	Traumatski događaji u djetinjstvu, recentni i ozbiljni tzv. Negativni životni događaji, nezaposlenost ili gubitak posla, socijalna izolacija, slaba obiteljska i socijalna podrška, pušenje
Tercijalni (demografski čimbenici)	Muški spol, bijela rasa, adolescentna i mlađa dob u muškaraca, starija dob u obaju spolova, dijelovi godine (proljeće, osobito mjesec svibanj), premensturalno razdoblje u žena.

Tablica 2. Čimbenici rizika za suicidalno ponašanje

Tim američkih suicidologa sa sveučilišta Balyor (Bryan i Rudd, 2006.), pravi razliku između procjene rizika za suicidalnost i predikcije te naglašava važnost čimbenika vremena u procjeni rizika za suicidalnost. U Tablici 3 navedene su komponente bitne za procjenu rizika za suicidalnost (Bryan i Rudd 2006.) Preporuke se da procjena ide hijerarhijski, po točkama, kako bi se ostvarila sveobuhvatna procjena rizika za suicidalno ponašanje.

1.	Predispozicija za suicidalno ponašanje
	Postojanje psihijatrijskog poremećaja
	Prethodna anamneza suicidalnog ponašanja
	Nedavni otpust s bolničkog liječenja
	Isto spolna seksualna orijentacija
	Muški spol
	Pozitivna anamneza o ovisnosti
2.	Odrediti percipirajuće čimbenike ili stresore
	Znatni gubici – financijski, prekid ili promjena u interpersonalnim odnosima, kriza identiteta
	Akutni ili kronični zdravstveni problemi
	Nestabilnost u vezi s bliskim osobama
3.	Klinički simptomi

	Depresivni simptomi
	Bipolarni simptomi
	Anksiozni simptomi
	Psihotični simptomi
	Granični simptomi
4.	Prisutnost beznada
	Procijeniti ozbiljnost i trajanje beznada
5.	Narav suicidalnih misli
	Učestalost, intenzitet i trajanje suicidalnih misli; postojanje suicidalnog plana; dostupnost sredstava za pokušaj suicida i njihovu letalnost; uvid u aktivno suicidalno ponašanje i eksplicitne suicidalne namjere
6.	Prethodno suicidalno ponašanje
	Učestalost i kontekst prethodnog suicidalnog ponašanja kao i stupanj letalnosti te ishod prethodnih pokušaja
	Mogućnost pomoći i samopomoći
7.	Impluzivnost i samokontrola
	Subjektivna osjećaj samokontrole
	Objektivna kontrola nad ponašanjem (ovisnost, agresivnost...)
8.	Protektivni čimbenici
	Socijalna podrška, vještine razrješavanja problema, postojanje aktivnog liječenja, prisutnost djece u obitelji, trudnoća, religiozna uvjerenja, zadovoljstvo životom, stupanj testiranja realnosti, strah od socijalnog neprihvatanja, strah od suicida ili smrti.

Tablica 3. Čimbenici procjene rizika za suicidalno ponašanje

2.4.1 NAJČEŠĆE ZABLUDE I MOTIVI O SUICIDALNOSTI U OPĆOJ POPULACIJI

U narodu se obično drugačije promatraju ponašanja osobe sklone suicidu, uz dosta zabluda (netočnih pretpostavki o problemu suicida). Zdravstveni radnici svakodnevno se bore protiv tih zabluda, trebaju širiti istinite informacije, utjecati na smanjenje suicidalnog ponašanja i poboljšavanja mentalnog zdravlja. Jedne od najčešćih zabluda sa kojima se svakodnevno susrećemo su:

1) Ljudi koji govore o samoubojstvu neće ga nikada počiniti.

Činjenica je da svaku prijetnju samoubojstvom uvijek treba shvatiti ozbiljno, u više od 80% slučajeva potencijalne samoubojice najavljuju svoju namjeru prije nego što će pokušati samoubojstvo, a u velikom broju izreknu ju prijateljima, obitelji i sl. Osoba koja pokušava

samoubojstvo prethodno jasno i direktno priča o tome, želeći tako privući pažnju i dobiti podršku jer to je poziv u pomoć.

2) Samoubojstvo je obično plod impluzivnog ponašanja bez upozorenja.

Za većinu osoba koje su pokušale ili izvršile samoubojstvo utvrđeno je kako su dulje vrijeme razmišljale o tome. Suicidalna osoba daje mnogo znakova upozorenja (česti razgovori o samoubojstvu, česte misli o krivnji i samooptuživanje, sklonost samoozljeđivanju, poklanjanje dragih stvari, gubitak zanimanja za uobičajene aktivnosti ...).

3) Osobe koje su počinile samoubojstvo, željele su umrijeti.

Većina ljudi koja pokuša ili počinu samoubojstvo, očajnički želi živjeti. Oni samoubojstvo vide kao rješenje za njih neriješivog problema koji donosi neizdrživu bol. Većina osoba koja je počinila samoubojstvo htjela je ukloniti bol.

4) Ako je osoba odlučila počinu samoubojstvo, nemoguće ju je u tome spriječiti.

Samoubojstvo je u velikom broju slučajeva moguće spriječiti jer većina osoba koja počinu suicid daje mnoge znakove upozorenja prije nego što se ubije.

5) Većina ljudi koji razmišljaju o samoubojstvu su mentalno bolesni.

Iako su osobe koje razmišljaju o samoubojstvu duboko nesretne, nisu nužno i psihičko bolesne.

6) Neuspjeli pokušaj samoubojstva ne treba uzimati za ozbiljno.

Neuspjeli pokušaj samoubojstva treba uzeti vrlo ozbiljno i takvoj osobi treba pružiti pomoć, jer 4 od 5 osoba pokušalo je samoubojstvo bar jednom prije toga.

7) Kada se osoba počne osjećati bolje nakon što je željela ili pokušala počinu samoubojstvo, rizik od sljedećih pokušaja je prošao.

Rizik i dalje postoji, jer većina samoubojstva se dogodi upravo onda kada osoba skupi dovoljno snage da može, ono o čemu je razmišljala, sprovesti u djelo.

8) Razgovor o samoubojstvu je opasan i potiče na njegovo izvršenje.

Ne razgovarati o samoubojstvu znači odustati od pokušaja da se ono spriječi. Razgovor o toj temi znači brigu za pojedinca i razumijevanje ozbiljnosti situacije.

2.4.2 PARASUICID

Kao što smo već unaprijed spomenuli suicid je konačan akt jednog mukotrpnog procesa, dvojbe, odlučivanja, unutarnje borbe koja se dugo vremena odvijala u glavi, nesretne, nezadovoljne i problemima ispunjene mlade osobe. Onaj tko čvrsto odluči počiniti suicid, kao „zmija noge“ skriva svoje patnje, samoubilačke namjere i planove od drugih ljudi. Nasuprot tome, postoji druga, znatno brojnija, skupina kojoj to nikako ne uspijeva. Naime, ove potencijalne samoubojice nesvjesno, nerijetko i svjesno, bilo riječju ili ponašanjem, upozoravaju okolinu na svoje probleme, nedaće i bol iz kojih jedini izlaz vide u samoubojstvu. Svoj samoubilački plan i akt obično ne izvedu do kraja i sve se okonča pokušajem – bitno da ih netko na vrijeme otkrije i spriječi, bilo da tijekom pokušaja dođe do tehničkih, organizacijskih ili nekih drugih nepredvidivih teškoća i problema. To odustajanje može biti trajno ili samo prolongirano, odnosno odgođeno za kasnije. Takav, započet, a ne okončan čin nazivamo parasuicidom. (3)

Austrijski neuropsihijatar i suicidolog Erwin Ringel (1921.-1994.) prvi je definirao pojam parasuicidalni sindrom ili presuicidalno ponašanje. Time je objasnio psihološka i psihopatološka događanja kroz koja danima ili tjednima prije samoubojstva prolazi potencijalni samoubojica. To je bio dokaz da samoubojstvo nije posljedica trenutne reakcije na životni stres, već proces koji traje znatno dulje (Marčinko, 2011.). Taj proces Ringel je podijelio u nekoliko faza. Prva faza je insuficijencija i sužavanje u kojoj je prisutan strah, pad vitalnih funkcija i tuga koji osobu onesposobljuju za svakodnevne životne aktivnosti. Afektivni depresivni ton ove faze osobu čini sve usamljenijom i izoliranijom, što pospješuje njezino usmjeravanje na jedini mogući kraj –: samoubojstvo. Druga faza je agresija koja je izrazito snažna kod endogenih depresija u kojima već postoji težnja za samokažnjavanjem i osjećaj krivnje te je osoba nesposobna kontrolirati svoju agresiju. Treća faza je bijeg u nerealno. Ta faza donosi daljnje autoagresivne tendencije poput suicidalnih fantazija koje dijelimo na aktivne i pasivne. Prema Ringelu suicidalne fantazije isprva počinju bezazleno, kao mehanizam rasterećenja, a poslije postaju konkretnije. U fantazijama suicidant razmišlja sve više i o sebi kao pokojniku i koje bi sve tehnike i načine samoubojstva upotrijebio. U posljednjoj četvrtoj fazi tzv. psihičke anestezije dolazi do psihogene disocijacije osobnosti suicidanta. Njegova ličnost se dijeli na dva potpuno suprotna dijela od kojih jedan ide svakodnevnim realnim putem obavljajući svakodnevne aktivnosti, a drugi pripremom za neposredno počinjenje suicida. Ipak u fenomenologiji suicidalnog ponašanja nije sve tako jednostavno pa su u istraživanju Kapamadžije i suradnika, autori ustanovili da samo manji dio suicidanata jasno pokazuje presuicidalno ponašanje u sve četiri faze.

Parasuicidalno ponašanje su svi postupci koji (ne)izravno vode u autodestrukciju te uključuje dugačku ljestvicu od nesvjesnog do svjesnog samoozljeđivanja. (1) Takvu vrstu ponašanja okolina zamjećuje kao čudno, riskantno, bizarno ili čak besmisleno, dok neki smatraju da je to ponašanje zamjena za manifestnu suicidalnost. U samom činu parasuicida, isprepleću se dvije tendencije: težnja za smrću i apel za pomoć. Apel – fenomen ili „poziv u pomoć“ u suicidalnom ponašanju može imati različita pozitivna i negativna lica. Osim toga poziv u pomoć ovisi o spolu, dobi, kulturnoj i socijalnoj sredini, strukturi ličnosti i sl.

3. SUICID U MLADIH

Gotovo svi smatramo kako je djetinjstvo period sreće i ljubavi. Da djeca nemaju razlog za tugu. Ali nova istraživanja upozoravaju nas na sve veći suicidalni rizik u djece i mladih. Prema američkim podacima u razdoblju od 1980. do 1996. godine među adolescentima u dobi između 15 i 19 godina broj suicida porastao je za 14%, a u dobi od 10 do 14 godina za 100%. Prema statističkim podacima u posljednjih deset godina u Hrvatskoj se ubilo 563 djece, 132 u dobi do 14 godina i 431 u dobi od 14 do 18 godina.

Što je to što mladog čovjeka motivira, potiče i tjera na samoubojstvo? Zašto se odlučuje na taj kobni čin? Gdje mu je životni optimizam, mladenački žar, polet? Je li samoubojstvo mladih odgovor na nerazumijevanje okoline, promašaje, neuspjehe na planu odgoja, socijalizacije i razvitka? Ovo je samo mali dio sasvim logičnih i jednostavnih pitanja koja muči roditelje, zdravstvene radnike, profesore, pravnike i sve druge stručnjake, koji se bave izučavanjem tog fenomena.

Da bi razumjeli zašto djeca pokazuju suicidalno ponašanje potrebno je zamisliti se nad dječjim razumijevanjem smrti. Gesel je 1946. godine opisivao da razumijevanje smrti ovisi o djetetovom razvoju, te tako dijete do tri godine nema nikakvo razumijevanje smrti. Dijete već od četvrte godine pa do adolescentnog perioda počinje razumijevati kognitivno i emocionalno smrt, naravno ovisno o svojem uzrastu. Dijete od pet godina biti će već ranjivo/osjetljivo (ili ono kaj si ti stavila ak je stručna riječ) na pojam smrti, a dijete od šest godina tjeskobno i u strahu da majka ne umre. Sa osam godina prisutno je već razumijevanje neizbježnosti vlastite smrti dok se u adolescentnom periodu javlja vrlo često filozofski stav prema smrti. Nagi je 1948. godine identificirao tri stadija razvoja dječjeg poimanja smrti:

- Između 3 – 5 godine javlja se percepcija nečeg privremenog,
- Između 5 – 9 godine smrt je dio čovjeka,
- Iznad 9 godina postoji spoznaja o neizbježnosti smrti i njenoj univerzalnosti.

Većina istraživača koji su se bavili analizama dječjeg poimanja smrti spominju ireverzibilnost, nefunkcionalnost i univerzalnost kao pojmove koji najbolje oslikavaju dječje i adolescentno poimanje smrti. Odnos adolescenata prema smrti ima svoje specifičnosti koje proizlaze iz karakteristika njihove razvojne dobi gdje je posebno naglašen konflikt između želje za životom i želje za smrću. Pokušaj samoubojstva je često rezultat želje ne biti ovdje, jer je realitet neprihvatljiv, a smrt se u tom slučaju doživljava kao privremeno ugodno stanje koje barem na neko vrijeme oslobađa nagomilanu tenziju.

Jedna je činjenica koju uvijek trebamo imati pred očima, a to da je svaki suicid nepovratan gubitak i tragedija za tu osobu, obitelj, a i zajednicu. Prema problemu adolescentnog suicida prilazimo na parcijalan način, odvajajući ga od suicida odraslih osoba. Takav pristup nameće nam sam čin adolescentnog suicida koji se evidentno razlikuje od suicida odraslih osoba. Te razlike kreću se u rasponu od broja ljudi koji su počinili suicid, preko različitih motiva i uzroka pa sve do različitih metoda izvršenja samog čina.

Na pitanje gdje mlade osobe izvršavaju suicid većina autora dobila je slične rezultate. Mladi odluku o suicidu realiziraju većinom u vlastitom domu (gdje se najčešće nalaze i razlozi suicida). Američki autori Hoberman, Garfinkel (1988.) dobili su rezultate da je 70% adolescentnih suicida izvršeno kod kuće, a tek 22% izvan kuće. Veliki broj studija koje su se bavile vremenom izvršenja suicida nisu dokazale neke karakteristike koje bi bile specifične za populaciju mladih. I za njih vrijede činjenice da se suicid najčešće izvršava u proljeće (ožujak, travanj i svibanj). Američki suicidolozi navode ponedjeljak kao dan kada se najviše izvršava suicid i to u poslijepodnevnim i večernjim satima. (Hoberman i Garfinke, 1988; Shaff, 1982; prema Berman i Jobes, 1991). Stanić (1999.) zamjećuje kako se adolescentni suicid značajno javlja u mjesecu svibnju i lipnju što bismo mogli povezati s činjenicom da se upravo u tim mjesecima odvijaju procesi intenzivnijeg ocjenjivanja, zaključivanja i pritisaka na učenike.

Motivi suicida su raznoliki (svjesni i nesvjesni), a najčešće udruženi: kažnjavanje samog sebe i/ili druge osobe, ucjenjivanje okoline, bijeg od zastrašujućih, nepodnošljivo bolnih i ponižavajućih okolnosti. Općenito se smatra kako je suicid adolescenata vrlo često posljedica nekog za njih traumatskog događaja. Najčešće spominjani kritični faktori su još izolacija i

pasivnost mladih, nesposobnost da preuzmu odgovornost i steknu nezavisnost, pritisak da postignu uspjeh, ali i alkoholizam i narkomanija.

3.1 VISOKORIZIČNE SKUPINE ZA POJAVU SUICIDA

Povećanom riziku od samoubojstva izloženi su mladići i djevojke koji proživljavaju adolescentske krize, neželjena i nevoljena, psihički maltretirana i fizički zlostavljana djeca koja žive bez roditeljske skrbi, ljubavi, razumijevanja, podrške, djeca i mladi koje nesvjesni roditelji zlorabe kao poprišta svojih sukoba, obračuna, ucjena, prijetnji, međusobnog klevetanja, vrijeđanja, optuživanja. Ako je jedan od bračnih partnera neurotiziran, bolesno ljubomoran, ako se odaje alkoholizmu, narkomaniji, kocki, kriminalu, prostituciji ili ako na neki drugi način živi u ugroženom braku, samoubojstvo je učestalije, i to ne samo kod njega već i kod ostalih članova takvih obitelji. (3)

Najveći broj istraživanja usmjeren je ka prepoznavanju presuicidalnih simptoma kako bi se spriječila pojava suicida. Tako Shaffer govori o dvije karakteristične skupine adolescenata koji su pokušali suicid: prvo su inteligentni, ali izolirani, a majke su najčešće psihijatrijski bolesnici, a drugi su agresivni s lošim školskim uspjehom vrlo osjetljivi na kritike. Kao predisponirajući čimbenici najčešće se spominju alkohol, droga, agresivno impluzivno ponašanje, strah, stres, utjecaj socijalnog miljea, kulturalni čimbenici i utjecaj medija. Obitelj je prvo mjesto kroz koje dijete upoznaje svijet i stvara sliku o svijetu i sebi u svijetu. Istraživanja govore o značaju obitelji ali i našim zabudama da su samo djeca iz psihički oboljelih obitelji, iz npr. obitelji alkoholičara, duševnih bolesnika i sl., djeca koja vrše suicid. Analize govore da su to ponekad češće djeca iz tzv. „dobrih obitelji“, često materijalno uspješnih, koje prema vani funkcioniraju kao cjelina, ali gdje unutar obitelji nema emocionalne podrške, gdje su poremećeni interpersonalni odnosi, gdje nema komunikacije. Često su to bogate obitelji u materijalnom smislu i vrlo siromašne u emocionalnom.

Identifikacija je bitan proces u razvoju svake ličnosti posebice kod djece i adolescenata. Bez separacije, identifikacije i individualizacije nema pravilnog razvoja, a baš ta identifikacija je proces koji je najčešće odgovoran za brojna odstupanja, probleme i suicidalnost. Istraživanje Allisona iz Australije govori da postoji uska povezanost između roditeljskog stila življenja, pesimizma i suicidalnog ponašanja kod njihove djece. Ista studija, na uzorku od 307 ispitanika

pokazuje da su adolescenti sa suicidalnim ponašanjem značajno češće iz obitelji gdje su roditelji izrazito kritični, manje suportivni i više overprotektivni. Tijekom perioda dječjeg razvoja postoji povezanost između socijalnog suporta, roditeljskog suporta i pesimizma te oni igraju centralnu ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja. Pesimizam je kognitivna dimenzija usamljenosti, a usamljenost je povezana sa suicidalnošću.

U razvojnem periodu djeca i adolescenti identificiraju se sa različitim osobama što je u zavisnosti od faze razvoja ali i od brojnih drugih čimbenika. Prvi identifikacijski modeli su roditelji, a zatim kako dijete odrasta stvara se i potreba za socijalnim interakcijama i na formiranje djetetovog identiteta utječu i druge važne osobe. Ukoliko obiteljska i šira socijalna sredina ne zadovoljava emocionalne potrebe i onemogućava identifikaciju unutar obitelji tada dijete svoje potrebe za podrškom i pripadnošću traži izvan toga kruga, najčešće u grupa s čijim članovima se identificira i prihvaća pravila bez obzira jesu li ona pozitivna ili negativna. U grupi, posebice adolescenata osjeća se siguran, prihvaćen, poštovan, te zato i ne čudi činjenica da postoje česta samoubojstva u grupama, koja proizlaze iz identifikacije sa grupom i indukcijom u grupi. Na kraju ne možemo da se ne složimo, da nas zabrinjava činjenica da je suicid kod sve mlađih dobnih skupina u porastu i da su uzroci tome mnogobrojni i poznati, koji u međusobnoj interakciji dovode do brojnih psihičkih problema uključujući i suicidalno ponašanje.

3.2 UZROCI SUICIDA U MLADIH

Kao mogući povodi, motivi i uzroci za samoubojstvo mladih najčešće se navode: izraziti školski neuspjeh i upućivanje učenika na ponavljanje razreda, isključenje iz škole, emocionalna nezrelost, socijalna nestabilnost, psihička rastrojenost, mentalna poremećenost, nesigurnost, bolesna ljubomora, teški nesporazumi, sukobi i konflikti s roditeljima, profesorima i odgajateljima, raspad ljubavne veze, smrt i gubitak roditelja ili neke druge bliske i drage osobe s kojom su bile stvorene neraskidive osjećajne veze i odnosi, zatim psihosocijalna neuravnoteženost, teške fizičke i psihičke traume kao posljedice silovanja, neželjene trudnoće, dubokog moralnog obeščašćenja, sramoćenja, ucjenjivanja, vršenja krivičnih djela, fizičkog zlostavljanja i psihičkog maltretiranja, te čitavog niza drugih relevantnih čimbenika.

Krize i problemi nastupaju kada mlada osoba zapne u loše društvo, počini neko kazneno djelo, počne se češće opijati i alkoholizirati, zloupotrebljavati droge, kršiti etičke i moralne norme, društvene zakone i propise ili kada počini nešto čemu se protive i suprostavljaju roditelji i

profesori, a što bi kao logičnu posljedicu moglo imati strogu osudu, kaznu i primjenu sile. Samoubilačke ideje, tendencije i razmišljanja kod mlade osobe javljaju se kada njezin život izgubi svaki smisao, kada izgubi želju za životom, a zaokupe je osjećaj i uvjerenje da za nju nema budućnosti pa ni svrhe daljnjeg življenja.

Shaffet 1994. godine navodi da je u čak 90% suicidalnog ponašanja uzrok depresija, afektivni poremećaji, alkohol, droga i psihotična stanja. Analiza psihopatoloških stanja kod adolescenata do 15 godine i od 15 do 25 godine ukazuju na različitost. Kod mlađe dobne skupine psihijatrijski poremećaji su prisutni u 43% slučajeva, a u starijoj skupini u 79% slučajeva. Kod mladih se najčešće dijagnosticira ADHD i depresija, a kod starijih droge, alkohol i psihoze. Intoksikacija alkoholom i tabletama u mlađoj skupini je prisutna svega 1% dok je u starijoj skupini zastupljenost čak 51%. U jednoj opsežnoj studiji u SAD-u koja je obuhvatila 717 adolescenata i njihovih majki u periodu 1991. do 1993. godine utvrđeno je da su anksioznost, poremećaji hranjenja i upotreba sredstva ovisnosti značajno češće povezani sa suicidalnim razmišljanjima, a posebice se to odnosi na adolescente s poremećajima osobnosti. U posljednju skupinu spadaju psihosocijalni faktori kod čega se najčešće spominju disfunkcionalne obitelji, poremećeni interpersonalni odnosi posebice emocionalni problemi; zlostavljanje ili drugi oblici obiteljske patologije koja dovodi do ozbiljnog narušavanja međusobne komunikacije unutar obitelji. Istraživanja pokazuju da je značajno veći uzrok suicidalnom ponašanju kod mladih poremećena dinamika obitelji i narušeni interpersonalni odnosi, nego razvod roditelja ili nedostatak jednog roditelja. Vrlo bitni čimbenici u skupini psihosocijalnih čimbenika su utjecaj društva, crkve, bračni status, pa i spol. Veliki broj studija u odnosu na spol adolescenata iznosi da su muški adolescenti vulnerabilniji i češće suicidalnog ponašanja nego ženski adolescenti što neki autori objašnjavaju prirodnom ženskom ulogom (briga za obitelj).

Kao što smo već spomenuli jedan od uzroka pojave suicidalnog ponašanja kod mladih je separacija, rastave brakova i ponovna vjenčanja koja predstavljaju teške promjene za sve, a posebice za dijete i mladog čovjeka. Uslijed ovih promjena kod mladih se često javlja osjećaj usamljenosti, kako fizičke tako i usamljenosti u smislu odsustva emocionalnog i duhovnog zajedništva. Promjene u uvjetima življenja; promjena mjesta boravka u sredinu koja ne odgovara osobi, ponekad jako stresno djeluju na mladog čovjeka. Promjene u školskom okruženju, promjene u osjećanju životne sigurnosti; osobe koje su izložene i proživljavaju zanemarivanje ili zlostavljanje bilo kakvog oblika u velikom su riziku od suicida. Danas jedan od češćih uzroka suicidalnog ponašanja je i nemogućnost zaposlenja ili gubitak posla, gubitak samopouzdanja, samopoštovanja, nepovjerenje u vlastite snage i mogućnosti pokazali su se značajnim rizičnim

faktorom adolescentnih suicida. Gubitak zdravlja; osoba koja je psihički i fizički bolesna ili se naglo razboli, koja ima neizlječivu bolest također i gubitak mogućnosti kretanja.

Rezultati istraživanja, provedenog u Zavodu za zaštitu zdravlja djece i mladeži u Zagrebu, na većem broju adolescenata koji su pokušali samoubojstvo pokazuju da ih se 40% na taj način odlučilo u depresivnom stanju, a kod nešto manje od 10% otkriveno je neko duševno oboljenje. Kao i u općoj populaciji isto tako i kod mladih, depresija ima posebnu ulogu u razvoju suicidalnosti. Depresivni adolescenti ne moraju izražavati klasične simptome depresije nego mogu djelovati lijeno, kao da pate od jakog i upornog osjećaja dosade, mogu početi popuštati u postizanju dotadašnjih školskih rezultata, napuštati školu, mogu se iznenadno upustiti u manja delikventna djela. Mogu se također očitovati u znakovima koji upućuju na zbrku identiteta i krhkog samopoštovanja. Istraživanja počinjenih suicida ukazuju na podjednake faktore rizika za djevojčice i dječake. Za djevojčice je najveći faktor rizika velika depresivna epizoda, koja prema nekim rezultatima povećava rizik suicida čak za 12 puta. Sljedeći je faktor raniji pokušaj suicida, koji povećava rizik za oko 3 puta. Suprotno tome, kod dječaka je najveći faktor rizika i prediktor suicida raniji pokušaj suicida koji povećava vjerojatnost suicida za čak 30 puta. Zatim slijedi depresija (12 puta), poremećaj ponašanja (2 puta) i zlouporaba sredstava ovisnosti (2 puta). U istraživanju Weissmana i suradnika (1999.) koji je pratio 73 adolescenta s dijagnozom velikog depresivnog poremećaja od njihove 10 do 15 godine, 7% njih je počinilo suicid nakon tog perioda. Depresivni su adolescenti bili 5 puta skloniji počiniti suicid u usporedbi s kontrolnom grupom ne depresivnih adolescenata. U istraživanju zvanom Oregonska longitudinalna studija, utvrđeno je da kombinacija poremećaja, predstavlja najveći rizik za suicid. Pritom se najrizičnijom pokazala kombinacija velikog depresivnog poremećaja i poremećaja ponašanja te zlouporabe sredstava ovisnosti (34,6%). U istraživanju Ryana i suradnika (1987, prema Harringtonu, 1993), dobiveni su rezultati prema kojima 18% depresivnih adolescenata povremeno uzima lake droge, a njih 7% jednom tjedno pije alkohol. U nekim drugim istraživanjima pojava depresivnog poremećaja među djecom i adolescentima ovisnicima kretala se i do 24, 7% sa značajnom proporcijom djevojaka (48,2%) u usporedbi sa dječacima (16,9%). Gotovo polovica od ispitivanog uzorka mladih ovisnika imala je istovremeno simptome i za veliki depresivni poremećaj i za poremećaj ophođenja što dodatno povećava rizik za suicid.

3.3 UTJECAJ ŠKOLSKE SREDINE NA POJAVU SUICIDA

Škola sa svojim krutim režimom, strogim zahtjevima, natjecateljskom klimom, oštrom konkurencijom, neumoljivom selekcijom i nepopustljivim kriterijima ocjenjivanja i vrednovanja nerijetko izaziva nezadovoljstva, sukobe, konflikte, krize, frustracije što u određenim okolnostima može mlade, nezadovoljne učenike potaknuti na samoubilačke aktivnosti i ponašanja. Upisi na željeni fakultet, prijemni ispiti za učenika uvijek predstavljaju opterećenje s manjom ili većom dozom treme, straha i neizvjesnosti. Zbog trajnog školskog neuspjeha, povrijeđenog ponosa i poljuljane vjere u sebe, vlastite snage i mogućnosti, učenik može steći dojam o vlastitoj intelektualnoj nesposobnosti, manjoj vrijednosti, čak zapasti u očajanje, tjeskobu, potištenost, depresiju pa čak i početi razmišljati o samoubojstvu kao mogućem izlazu. Mlađu osobu može motivirati na pokušaj samoubojstva, potaknuti, pa i u smrt nagnati – dugotrajan i izrazit školski neuspjeh, ali jednako tako i onaj koji dođe iznenada, neočekivano, pogotovo kada su se učenik i roditelji nadali visokim rezultatima, a oni su izostali iz objektivnih i subjektivnih razloga. Ima učenika koji su navikli na kampanjski rad, koji veći dio školske godine provode u neradu, plandovanju, zabavi, a onda potkraj školske godine, „malo zagriju stolicu“, poprave ocjene i nekako se provuku, nekima to ne „polazi za rukom“, prevare se u računici, onda za svoj neuspjeh optužuju školu, profesore, odgojitelje, roditelje. Oni prijete, prave scene i ucjenjuju. Njihovo neodgovorno ponašanje, loš odnos prema školskim obavezama i zadaćama, njihov nerad, preambiciozni zahtjevi roditelja mogu prerasti u još složeniju i težu situaciju, izazvati otvoren rat s profesorima, sukob s roditeljima, te pobuditi mnogo snažnije neurotske krize, destruktivna reagiranja i delikventske aktivnosti, kojih posljedica može biti pokušaj, rjeđe samoubojstvo, ranjavanje i ozljeđivanje drugih. Treba istaknuti da se djeca i adolescenti s poremećajima u ponašanju i ličnosti, depresivni mladići i djevojke, teže koncentriraju na nastavne sadržaje; imaju teškoća u praćenju profesorova izlaganja gradiva, nedisciplinirani su, nerijetko bježe s pojedinih satova uz to teško podnose poraze i neuspjehe. Ne prihvataju ih kao objektivnu realnost i logičnu posljedicu nerada, već ga smatraju nepravdom koju im čine profesori. Taj njihov unutarnji otpor i osjećaj ugroženosti još ih više obeshrabruje, narušava njihovo samopouzdanje. To je posebno problem kod opsesivno strukturiranog učenika kojemu školski uspjeh puno znači pa zbog toga proživljava teže psihičke krize, šokove, traume, stresove. Dodamo li uz to nezadovoljstvo, ucjenu i pritisak koji na takvu djecu čine roditelji, učitelji i prijatelji te opadanje ugleda u vlastitim očima i očima drugih, gubitak školske godine ili prestanaka školovanja izazvat će produljenje depresije, mlada osoba će sve više biti ne

zadovoljnija i zapast će u začaran krug u kojem ne nalazi izlaz zdravim i racionalnim rješenjem, već radi to linijom manjeg otpora – prijetnjama, autoagresivnim ponašanjima i samoubilačkim aktivnostima. Istraživanja i statistike potvrđuju, da se pokušaji i počinjenja suicida maloljetnika najčešće događaju u svibnju i lipnju, dakle – za vrijeme najintenzivnijeg ocjenjivanja i pritisaka na učenike, a najmanje u rujnu i listopadu, odnosno početkom školske godine. To nameće logično razmišljanje o postojanju uzročno – posljedičnih veza i odnosa između samoubojstva mladih i školskog neuspjeha.

No danas se i dalje postavlja pitanje da li je to zaista tako? Ili su tome pridonijeli ostali životni promašaji, neuspjesi, moralne krize, socijalna nesigurnost, depresivna stanja? Svake godine mnogo učenika ponavlja razred, ali i ne pomišlja na samoubojstvo. Samo se pojedinci odlučuju na to, a praksa pokazuje da su oni opterećeni svakakvim problemima, krizama i konfliktima koji su, zajedno sa školskim neuspjehom, rezultirali su samoubojstvom.

3.4 KAKO PREPOZNATI MLADU OSOBU U KRIZI

Nakon što smo spomenuli učestalost pojave suicida u mladih, rizične skupine, uzroke pojave suicida u mladih te utjecaj školske sredine, sljedeća neizmjenno važna stavka je prepoznati mladu osobu u krizi kako bi joj mogli pomoći i spriječiti još jednu smrt mlade osobe. Važno je da se osobi u krizi približimo, pratimo i razborito prosuđujemo njezino ponašanje, reagiranje i njezin odnos prema životu, radu, učenju i izvršenju zadaća, obaveza i njezina odnosa prema životu. Nagle promjene u ponašanju, radu i odnosu mogu roditelje upozoriti da njihovo dijete ima teškoća i da razmišlja o samoubojstvu. U sljedećem tekstu spomenut će se neki od tih signala i znakova:

Iznenadno mijenja izgled, deblja se ili mršavi. Gubi apetit i ima poremećen san. Mijenja navike spavanja i prehrane. Češće bježi s pojedinih nastavnih sati i cjelodnevne nastave. Izbjegava pisanje zadaća i popušta u školskom učenju. Često čita, piše ili razgovara o želji za smrću. Redovito čita crne kronike i pregledava osmrtnice. Spominje osjećaje poput beskorisnosti, beznada i ispraznosti življenja. Iznenada gubi volju i zanimanje za školu. Daje izjave: „ Da sam

barem mrtav.“ Ili: „Zašto da čovjek uopće živi?“, ili, „Da mi je zaspati i nikada se ne probuditi.“ Bez ikakvog povoda i razloga napušta djevojku (mladića) u koju je bio veoma zaljubljen. Doživi smrt i gubitak voljene osobe. Dogode se izuzetno teški događaji, kao što su: duboko sramoćenje, silovanje, neželjena trudnoća ... Udaljava se od prijatelja, povlači se iz društva i sve se više izolira od ljudi. Prekida komuniciranje s roditeljima ili drugim važnim osobama u životu. Javlja se tjeskoba i deprimiranost zbog nekih događaja u životu kojima je teško pogođen. Prisutna je neprestana depresija ili očajavanje i tugovanje. Pretjerano uživa alkohol (češća opijanja) i koristi lijekove ili drogu ili pak se izlaže brzim i neopreznim vožnjama. Ponaša se naizgled bezobzirno, autodestruktivno, nekarakteristično. Često posjećuje groblje, dugo sjedi na rubu provalije i fiksirano gleda u jednu točku. Raspituje se o smrtonosnom djelovanju droga, tableta, otrova te zanima za vezivanje čvorova ili mogućnosti nabavke oružja. Daruje njemu posebno drage stvari. Zanemaruje ili potpuno odbija medikamente potrebne i od liječnika propisane za svladavanje kroničnih bolesti.

To su znaci mogućeg upozorenja koje valja ozbiljno shvatiti, o njima obavijestiti roditelje, učitelje, a još je bolje nagovoriti ga da o svojim nedaćama, teškoćama i samoubilačkim razmišljanjima razgovara, potraži savjet od školskog psihologa, pedagoga ili liječnika. Važno je napomenuti da probleme nije dovoljno razborito sagledati, te savjete, sugestije i preporuke saslušati, već valja poduzeti mjere saniranja, otklanjanja, liječenja i korigiranja. Važno je da sve te signale i upozorenja na pojavu krize ne treba prihvaćati kao gotov čin. Oni samo upozoravaju da se s mladićem ili djevojkom nešto zbiva, da ih nešto muči, da nešto teško proživljavaju, a nikako da se bave mišlju o samoubojstvu, pa je potreban oprez, human i uljuđen razgovor u kojem će se to razjasniti i objektivno protumačiti. Ne vodi se svaka kriza u samoubojstvo ili njegov pokušaj, ali ipak zahtijeva pružanje pomoći i njezino razrješavanje na zdrav i konstruktivan način.

3.5 ŠTO MLADI MISLE O SUICIDU

Kako je suicid na trećem mjestu uzroka smrti kod mladih od 15 do 24 godine. Mnoge suicidologe upravo je taj zastrašujući podatak potaknuo na mnoga istraživanja i veliku zainteresiranost zašto mladi posežu za takvim pothvatom. Kakvo je njihovo mišljenje o samoubojstvu te osobama sklonim samoubilačkim tendencijama. Upravo jedno takvo istraživanje provedeno je u učeničkom domu „Podmurvica“ u Rijeci gdje su smješteni polaznici

iz svih srednjih škola Rijeke i Opatije. U istraživanju ukupno je anketirano 318 učenika, od čega su 32 ili 10.06% muškog, a 286 ili 89.94% ženskog spola. Ispitivanje je provedeno primjenom anketnog upitnika od pitanja zatvorenog tipa, s mogućnošću objašnjenja, šire i potpunije interpretacije ili pad dopisivanja novog odgovora.

Već smo zaključili da mladiće i djevojke u njihovu razvoju prate brojne teškoće, problemi, konflikti, krize, te da ih oni, manje ili više, uspješno rješavaju na različite načine. Na žalost, poneki očajnik ipak potraži izlaz u samoubojstvu i njegovu pokušaju. Jedno od pitanja koje je bilo ponuđeno je: „Što misliš, zašto se mlada osoba odlučuje na samoubojstvo?“ Prema mišljenju ispitanika, među uzrocima samoubojstava mladih dominiraju psihičke krize, razne traume i osjećanje teškog poniženja, srama, uvrijeđenosti (53,46%). Osjećaj odbačenosti od strane roditelja, društva, vršnjaka i voljene osobe, te stalni neuspjesi u životu, radu i učenju i ljubavi također se visoko nalaze među motivima, poticajima i uzrocima pokušaja samoubojstva. (37,11%). Na druge povode, uzroke navode: teške i neizlječive bolesti, neostvarene ambicije, mišljenje da im je život suviše dosadan i monoton. (9,44%). Sljedeće pitanje nadovezalo se školskom uspjehu kao jednom od uzroka samoubojstva mladih. Dobiveno je da većina ponavljача (50%) i dovoljnih učenika (3/4) smatra stalni neuspjeh u životu, radu, učenju i ljubavi dominirajućim motivima samoubojstva, što kao uzrok ne podcjenjuju ni ostali ispitanici, ali učenici s dobrim uspjehom na prvo mjesto uzroka samoubojstva mladih svrstavaju osjećaj teškog poniženja, sramoćenja, uvrijeđenosti. Važno je naglasiti da su ta dva motiva vodeći uzroci prema prosudbi svih ispitanika (53,46%), koji su ih svrstali na prvo, odnosno drugo mjesto, a više od petine (20,13%) smatra osjećaj odbačenosti od strane roditelja, vršnjaka, društva glavnim pokretačem mladih na samoubojstvo. Većina ispitanika u objašnjenju svog odgovora naglašava da ni jedan od navedenih uzroka, bez obzira kako on zastrašujuće djelovao, ne može biti dovoljnim razlogom za oduzimanje vlastita života. Neki misle da je to očajnički akt – kao reakcija na neizdrživ pritisak okoline, duševne krize i sl. Sljedeće pitanje koje im je postavljeno je: „Bi li ti u kriznim situacijama mogao(la) pokušati samoubojstvo?“ Većina srednjoškolske mladeži ne smatra pokušaj samoubojstva, čak ni onog lažnog, ni zabavom ni igrom, ali niti prikladnim sredstvom ucjenjivanja. Približno tri četvrtine ispitanika kategorički je i odlučno reklo da ni u najtežim situacijama ne bi pokušalo samoubojstvom rješavati svoje patnje i probleme. Na žalost 1,89% već ih je pokušalo, a 1,26% izjavilo je da bi u kriznim situacijama moglo počinuti samoubojstvo. Ispitanici koji su nezadovoljni svojim školskim uspjehom, radom i životom izborili su visok stupanj sklonosti pokušaju samoubojstava, čak 21, što predstavlja 36,21% svih nezadovoljnih učenika. Većina ispitanika drži da je samoubojstvo najteži zločin

prema sebi, dok ih približno 37% misli da je ono odraz bolesnog stanja i da ga psihički i fizički zdrava osoba nikada ne može počiniti. Nešto više od 13% srednjoškolske mladeži samoubojice svrstava među najveće kukavice, a 6% tvrdi da su to izuzetno hrabre i odlučne osobe. Slobodno se može reći da mladići i djevojke osuđuju samoubojstvo, te na njega gledaju s osjećajem gađenja, odbojnosti i dubokog žaljenja, ali su istodobno puni sjete, tuge, sućuti i bola. Na pitanje može li se samoubilačka namjera otkriti, više od četvrtine ispitanika smatra da se aktivnosti, želje i planovi potencijalnih samoubojicama mogu uočiti i otkriti, a neznatno manje tvrdi da je to nemoguće, dok druga polovica iznalazi neki kompromis. Posljednje pitanje koje im je postavljeno je: „Ako bi se osnovao klub za pružanje pomoći potencijalnim samoubojicama da se oslobode samoubilačkih ideja, biste li se u njega uključili?“ Neprijeporno je da djevojke i mladići žele aktivno sudjelovati u prevenciji, detekciji, ranom otkrivanju te pružanju pomoći potencijalnim samoubojicama. Najviše ih je ipak bilo neodlučno, gotovo polovica, a podosta ih na pitanje nije dalo ni pozitivan ni negativan odgovor. Utvrđeno je da je uzrok tome nedovoljna informiranost i nepoznavanje fenomena samoubojstva, strah od odgovornosti, strah od reagiranja roditelja.

4. PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

U svjetlu crnih predviđanja da će do 2020. godine u svijetu biti milijun i pol suicida na godinu razumljivo je da je prevencija suicida na visokome mjestu prioriteta u javnom zdravstvu. Pitanje je koliko su realistična naša očekivanja vezana uz efikasnost strategija prevencije suicida. (2)

Kada govorimo o sprečavanju suicidalnog ponašanja, tada se to u praksi neki puta razlikuje, a neki puta poistovjećuje s pojmom prevencija. Najčešće se pod sprečavanjem podrazumijeva prepoznavanje rizika za suicid, tj. presuicidalni sindrom kao i poduzimanje aktivnosti da do suicida ne dođe. Preventivne aktivnosti obuhvaćaju daleko širi pojam koji uključuje i aktivnosti koje imaju za cilj razvijanje takvih životnih i razvojnih uvjeta koji će eliminirati mogućnost stvaranja rizičnih situacija i grupa, liječenje osoba koje su žrtve suicida, tj. članova obitelji osobe

koja je učinila suicid, kao i osobe nakon pokušaja samoubojstva. Važno je istaknuti da osobe sa suicidalnim ponašanjem sasvim sigurno spadaju u skupinu koja traži ozbiljan preventivan rad.

Preventivne aktivnosti dijele se na primarnu prevenciju koja ima za cilj poduzimanje aktivnosti koje će smanjiti pojavnost suicidalnog ponašanja direktno, a time i smanjenje suicida indirektno. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanje problema kroz edukaciju i informiranost opće populacije o problemima suicidalnog ponašanja i njihovim uzrocima. To se prvenstveno odnosi na odgoj mladih ljudi za zdravo roditeljstvo kako bi njihovi potomci rasli bez nepotrebnih trauma, u toplom ozračju, sigurnosti, uvažavanju što sve rezultira stvaranjem pozitivnog selfa, samopoštovanja i samopouzdanja. Te osobine bitno utječu na djetetov razvoj i odnos prema životu te prepoznavanju vrijednosti života i življenja. Drugi važan čimbenik u primarnoj prevenciji je mijenjanje životnih ideologija kroz različite oblike utjecaja posebice javnih medija, crkve, kulturno-umjetničkih i sportskih društava i škole te konačno razvijanje adekvatnih načina kako se suočavati i boriti s teškim situacijama koje će nam pomoći da se na najoptimalniji način nosimo sa stresogenim situacijama. Primarni zadatak u sprečavanju suicidalnosti je: kroz edukaciju mijenjati stilove življenja, ideologija, strategije i informiranost te time smanjiti pojavu rizičnih faktora koji mogu biti prediktor suicidalnog ponašanja, a time i rizičnih skupina. Međutim prevencija se odnosi i na zaštitu rizičnih skupina i eliminaciju rizičnih faktora. U našoj zemlji možemo reći da postoji znatan broj visoko rizičnih čimbenika kao što su brojna traumatska ratna iskustva, susreti sa smrću i umiranje, gubici brojnih bliskih osoba, osiromašenje i drugi socijalni problemi, alkohol, psihički poremećaji. Na nama je osnovni zadatak edukacija, čiji će rezultati možda prodrijeti i do onih koji su za navedena područja odgovorni.

Sekundarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem ublaži ili riješi. U odnosu na suicidalnost to se odnosi na dobro educirane profesionalce koji će prepoznati suicidalnu osobu i poduzeti aktivnosti da se suicid spriječi. Da bi se to realiziralo potrebno je uz dobru edukaciju, smisao i razumijevanje da se sa suicidalnom osobom uspostavi optimalna empatija koja će omogućiti da stručnjak uspostavi dobar kontakt i da dovoljno vremena da se do suicidalnih tema dođe, a time i do mogućnosti za rano prepoznavanje simptoma suicidalnog ponašanja. Danas se još uvijek smatra kako postoji velika potreba za osposobljavanje zdravstvenih radnika i stručnjaka za provođenje najoptimalnijih terapijskih postupaka s različitim kategorijama suicidalnih osoba.

Tercijalna prevencija obuhvaća aktivnosti čiji je cilj poboljšanje kvalitete tretmana i smanjenje invaliditeta nakon tretmana te bilo kakvih psihičkih posljedica te poboljšanje života parasuicidanta i članova njegove obitelji, ali i drugih članova iz njegove zajednice. U prevenciji suicidalnog ponašanja trebaju sudjelovati stručnjaci različitih profesija, ali isto tako i unutar psihijatrije postoje različiti postupci i metode, koje se trebaju razumijevati i primjenjivati. Važno je naglasiti kako preventivne aktivnosti predstavljaju skup kompleksnih aktivnosti u koje moraju biti uključeni profesionalci različitih profesija i naobrazbe, ali obavezno i društveni djelatnici, javni mediji, crkva i posebice roditelji koji tek usklađenim radom, razvijanjem pozitivnih stavova u odnosu na sebe i okolinu, poticanjem pozitivnih stilova življenja, mijenjanjem ideologija, a posebice razvijanjem pozitivnih odnosa u društvu uz uvažanje svakog pojedinca i osiguranje zaštite i prava kroz neagresivno rješavanje problema. Tek na takav način stvorit ćemo društvo u kojem suicid neće biti način rješavanja životnih problema, a pesimizam i nesigurnost zamijeniti sigurnošću, samopouzdanjem i optimizmom uz korištenje „zdravih“ mehanizama obrane i optimalnih načina rješavanja različitih životnih situacija.

4.1 PREPOZNAVANJE I OTKRIVANJE SUICIDALNOG PONAŠANJA

Da bismo nekome u nevolji mogli pomoći, moramo ga prvo uočiti, otkriti, identificirati, spoznati njegove tegobe, krize i probleme koji ga muče. Iako nema posve pouzdanih i znanstveno utemeljenih znakova po kojima bi se moglo sa sigurnošću i čvrsto zaključiti kako je nečije psihičko stanje tako kritično da bi moglo prouzročiti samoubojstvo, ipak postoje neki poprilično pouzdani signali i znakovi koji mogu na to upozoriti.

Onaj tko je čvrsto odlučio počiniti samoubojstvo „kao zmija noge“ skriva svoje patnje, samoubilačka razmišljanja, planove i namjere. Nikada o njima ne razgovara, niti ih stavlja na „velika zvona“, ali ipak mnogi izmijenjenim ponašanjem, radnjama, aktivnostima i pomalo čudnim izjavama nesvjesno privlače pozornost okoline, postaju sumnjivi i daju naslutiti da se u njima nešto neobično zbiva, da nešto taje, planiraju, da proživljavaju neku tešku krizu, bol, patnju; da im je potrebna posebna pozornost i pomoć. To njima bliske i drage osobe uočavaju, ali ih ne shvaćaju ozbiljno, pa im ne pridaju neko posebno značenje. Na temelju iskustva i spoznaja stečenih proučavanjem i analizom osoba koje su počinile samoubojstvo ili su ga samo pokušale, moguće je napraviti psihorobot potencijalnog samoubojice. Takva osoba najčešće pripada nekoj rizičnoj skupini, opterećena je brojnim problemima, konfliktima, frustracijama, smanjenog je

praga tolerancije pogotovo na emocionalna opterećenja. Veoma rano počinje ispo­v­ljavati svekolike neurotične smetnje i manifestacije, poremećaje na planu ponašanja i ličnosti, zaostajanje na emocionalnom i socijalnom planu, te ispo­v­ljavanje depresije. Obično živi u nesređenim, često i konfliktnim obiteljskim prilikama. Mnogi od njih imali su teško djetinjstvo, bez roditeljske ljubavi, proživljavali su duboke tragedije. Kod nekih potencijalnih samoubojica postoji suicidalna ambivalencija – želi se ubiti, ali želi i ostati živ. Nasuprot ovima što su pod svaku cijenu odlučili po­či­niti samoubojstvo kod demonstrativnih i spektakularnih pokušaja uvijek se radi o dobro smišljenom i proračunanom planu da se postigne cilj, a da ga netko u tome ipak spriječi i pomogne mu da se ne dogodi smrt. Valja razlučiti svjesne i nesvjesne motive samoubojstva ili njegova pokušaja. Treba utvrditi prag njegove tolerancije i uvjeriti se koliko je on sklon i spreman da po­či­ni samoubojstvo. Za prosudbu i utvrđivanje samoubilačke sklonosti korisna je Kielholzova shema koja je ponajprije namijenjena depresivnim, ali jednako tako je primjenjiva i na sve druge osobe. Sastoji se od tri djela:

1. Elementi koji upućuju na mogućnost izvršenja suicida: suicid u obitelji pacijenata ili njegovoj bližoj okolini, raniji pokušaji suicida, spominjanje načina suicida i privremenih radnji za suicid, snovi sa slikama samouništenja.
2. Karakteristike kliničke slike: početak ili konac depresivnog stanja, simptomi strašljive agresivnosti, osjećanje teške krivice, biološki kritični period, dugotrajne smetnje sna, neizlječive bolesti, alkoholizam ili toksikomanija.
3. Karakteristike asocijalne anamneze: u djetinjstvu narušeni obiteljski odnosi, gubitak međuljudske komunikacije, osamljuje se, slabo spava, spominje samoubojstvo i javlja se sklonost svađama.

Postoji mnogo pouzdanih znakova kojima suicident, na pozitivan ili negativan, otvoren ili prikriven način izravno ili neizravno upozorava na opasnost i rizik kojima je opterećen. To su: apatija, promjena ponašanja, reagiranja na događaje oko sebe i odnos prema drugima, vlastitim obvezama, radnim zadacima i sl., povlačenje u sebe, prestanak komunikacije, češća opijanja, uživanje droga, sumanuta i suluda vožnja motorom, opasne igre, pokušaj samoubojstva ili ucjena, zastrašivanje i prijetnja njime, dugo sjedenje na osamljenim mjestima. Sve izjave, reakcije i ponašanja potencijalnog samoubojice, bile one izravne ili neizravne, zapravo su spontane, često puta i nesvjesne poruke, apeli i priopćenja koja on upućuje svojim prijateljima, poznanicima, osobi u koju ima povjerenja. To je očito apel i poziv u pomoć koji istovremeno može sadržavati i traženje i odbijanje pomoći. Svako samoubojstvo ima dvoznačno obilježje: afirmaciju i negaciju života. U težnji i pokušaju samouništenja ono je izravna poruka, upozorenje

i apel ljudima iz njegove okoline da mu se osiguraju adekvatnije mjesto u društvu i životu, bolji socijalni status i humaniji odnos, da mu pruže podršku, pomoć više povjerenja i razumijevanja jer želi živjeti u drukčijim i kvalitetnijim uvjetima.

Praksa pokazuje da se potencijalni samoubojica najčešće priprema, a pripreme se odvijaju u karakterističnim fazama, od kojih je svaka sljedeća složenija, opasnija i bliže ostvarenju. Prema istraživanjima, oko 85% osoba koje su izvršile samoubojstvo, barem na neki najdiskretniji način svojoj je okolini to stavilo do znanja. Važno je napomenuti da nije jednostavno otkriti potencijalne samoubojice, a još je teže, zbog raznih subjektivnih i objektivnih okolnosti, identificirati i okarakterizirati motive i uzroke. Naime, na samoubojstvo gotovo uvijek djeluje čitav sklop svekolikih izvora, povoda, motiva, okolnosti i pogrešan zaključak pri identifikaciji uzroka može navesti brzopletu, površno i nestručno utvrđivanje činjeničnih stanja, zataškivanje od strane roditelja, rodbine, škole radi očuvanje ugleda i sl. U pravilu nema tzv. „čistih slučajeva“ jer se samoubilački čimbenici i pokretači međusobno isprepliću, djeluju interakcijski i to kako oni svjesni, tako i oni nesvjesni motivi, povodi, izvori i uzroci. Da bismo stekli objektivnu uvid i donijeli realnu prosudbu i zaključke moramo ponajprije spoznati i istražiti dispoziciju osobe prema samoubojstvu, uzroke, motive i povode odnosno izazivače samoubojstva.

4.2 ONEMOGUĆAVANJE I SPRJEČAVANJE SUICIDA

Kada se dogodi samoubojstvo, nametne nam se na stotinu logičnih i posve jasnih pitanja. Na žalost mnoga ostaju bez odgovora ili su oni takvi da nas stavljaju u dilemu i nevjericu. Zašto je netko počinio samoubojstvo? Je li postojao neki drugi izlaz? Samoubojstvo se ne događa često pa mnogi smatraju da je to razlog što malo tko o tome razmišlja, da te motive i uzroke malo tko dovodi u vezu s mogućnošću suicida. Čak i najbliži suicidentovi suradnici mnoge stvari previde, ne shvate signale, pogrešno ih protumače ili ih jednostavno smatraju šalom i neodgovornim ponašanjem. Tako potencijalni samoubojica dugo egzistira sa svojim problemima, suicidalnim sklonostima i težnjama. Taj njegov evolutivni razvoj opterećenosti prolaza kroz tri faze, odnosno stupnja:

Prvi stupanj, odnosno faza blage opterećenosti: u toj fazi povlači se u sebe, postupno prekida veze i odnose s prijateljima, najviše vremena provodi sam, izgleda kao da se sa svima oprašta, izbjegava sukobe. .

Drugi stupanj odnosno faza srednje opterećenosti: počinje se javljati i jasnije manifestirati. Tada on postaje pomalo uznemiren, nespretnan i neodlučan. Srednja suicidalna opterećenost nastupa onda kad mladić ili djevojka s razmišljanja prijeđu na svođenje, razdiobu motiva i razloga za i protiv samoubojstvo. U početku pronalazi mnogo solucija i izlaza iz nastalih teškoća i kriza. Pokušava ih racionalno prihvatiti, ali ne nalazi nikakvo olakšanje.

Treći stupanj ili faza visoke opterećenosti je najkritičnija jer je odluka čvrsta, plan definitivan i pitanje je samo trenutka u kojemu će on biti ostvaren. Komunikacija s vanjskim svijetom svedena je na najnužnije, kratke odgovore, pitanja i susrete koji se nisu mogli izbjeći. U svakoj od tih faza moguće je uočiti samoubojičine namjere i priskočiti mu u pomoć. Svaki suicident, sa svojom cjelokupnom problematikom i strukturom vlastite ličnosti, traži individualan pristup i diferenciran tretman. Svaki je od njih ličnost za sebe sa svim svojim manama, vrlinama i posebnim karakteristikama, posebnostima, doživljavanjima i ponašanjem pa i pri radu s njima nema niti ne može biti gotovih „receptata“ koji bi se mogli koristiti i primjenjivati u svim slučajevima. Sprečavanje ili onemogućavanje izvršenja samoga čina samoubojstva ili njegova pokušaja može se javiti zbog nekoliko razloga. Roditelji, članovi obitelji, prijatelji, suradnici pa i slučajni prolaznici, mogu potencijalnog samoubojicu obratiti ili pak posve slučajno uočiti, otkriti njegove namjere i planove pa ih spriječiti u početku, tijekom ili u završnoj fazi realizacije. U svakoj fazi intervencija mora biti brza, odlučna, energična, učinkovita, bez panike, moraliziranja, propovijedi, traženja uzroka, uvjeravanja, uz hitno pružanje medicinske, psihološke i svake druge pomoći. Događa se da netko tijekom realizacije samoubilačkog plana promijeni mišljenje i namjeru, shvati da je to što čini suludo, pa ponovno dobije volju za životom, prekine započetu radnju, samoubilačku aktivnost, potraži spas i pomoć. Kadšto je dovoljan jedan posve slučajan tresak, telefonski poziv, posjet neke osobe i sl. Nakon neuspjelog pokušaja samoubojstva pojedinci imaju neodoljivu potrebu da se dobro naspavaju i odmore. Tada obično uzmu nešto veću od uobičajene doze tableta za spavanje te okolina to okarakterizira kao novi pokušaj samoubojstva. Poslije tog kobnog čina i iscrpljenosti potreban je dubok san, mir i odmor.

4.3 PREVENCIJA SUICIDA U MLADIH

Fenomen pokušaja i izvršenja samoubojstava mladih ljudi zabrinjava svako humano društvo, poglavito obitelji i škole koje moraju i mogu najviše pridonijeti u zdravstvenom odgoju,

preveniranju, sprečavanju i suzbijanju suicida., ali nažalost, katkad znaju biti i suodgovorne za izgubljeni mladi život. Zdravo i skladno obiteljsko ozračje, dobar roditeljski brak, humano i toplo ophođenje s djecom tijekom njihova psihofizičkog razvitka i odgoja, poglavito u doba puberteta i adolescencije – u tom razdoblju „bure i oluje“ u njihovu duševnom životu, traženju vlastitog identiteta, javljanju prvih đaćkih ljubavi, prvih seksualnih iskustava, uspjeha, neuspjeha, razočaranja – dobro poznavanje ličnosti vlastita djeteta, njegovih potreba, problema, želja, iskustva, sposobnosti i mogućnosti uspostavljanja prvih međusobnih iskrenih i prijateljskih odnosa, visoke razine tolerantnosti, pronalaženje kompromisa, uz odgovarajuću suradnju sa školom i nastavnicima – predstavlja solidne temelje za preveniranje, onemogućavanje ne samo samoubojstva već i primisli o tome. Nema bolje prevencije od međusobnog povjerenja, iskrenog prijateljskog odnosa, druženja, ljubavi. Dijete koje svoje probleme može bez straha provjeriti roditelju ili učitelju, neće pomišljati na samoubojstvo, već će se njima obratiti, od njih zatražiti pomoć i uspješno rješavati mnoge probleme, konflikte i krize. Naprotiv, mlada osoba koja od svojih roditelja i profesora ne očekuje razumijevanje, dobronamjernost, pomoć, savjet i potporu, nego kritiku, osudu, batine i poniženje neće im se ni obraćati, već će svoju krizu i patnju od njih kriti, a katkad na njih izvršiti pritisak pokušajem samoubojstva i samoubilačkim prijetnjama. Praksa pokazuje da se samoubojstvo može prilično učinkovito sprečavati sustavnim, kontinuiranim i dobro organiziranim odgojnim radom, zdravstvenim i socijalnim prosvjećivanjem i bavljenjem suicidalno ugroženim osobama, poglavito ako ih pravovremeno otkrijemo, identificiramo njihove probleme, motive i uzroke koji ih na taj način potiču i primoravaju. Dr. Vladimir Hudolin smatra da se prevencija samoubojstva mora odvijati na dva kolosijeka: treba osigurati ljude koji su suicidalno ugroženi prirodom svoje ličnosti i okolnostima u kojima žive i istraživanjem treba pratiti kretanje suicidalnosti u zemlji i otkrivati eventualne društvene korijene te pojave. (3) Mlade ljude treba u prvom redu osposobljavati za samopomoć, samosvladavanje i samozaštitu, kao i za uzajamnu pomoć u čuvanju te unapređivanju mentalnog i tjelesnog zdravlja, poučiti ih i objektivno informirati o svim štetnim posljedicama koje mogu nastupiti kao proizvod sumanutih razmišljanja, ideja i nepromišljenog ponašanja. Mlade ljude valja odgajati tako da se osjećaju maksimalno odgovornima u procesu prihvaćanja i donošenja odluka o kojima će ovisiti kvaliteta njihova zdravlja, života i ponašanja. Preventivne aktivnosti valja primarno usmjeravati na odgoj, zdravstveno prosvjećivanje, osiguravanje boljih životnih uvjeta, vrijednih uzora i kvalitetnih modela za identifikaciju i oponašanjem, ali im treba priskrbiti i sve druge preduvjete za život, zabavu, optimalan razvitak u obitelji, predškolskim ustanovama, osnovnim i srednjim školama, učeničkim i studentskim domovima koji će rezultirati boljom perspektivnošću, potpunijim i kvalitetnijim zadovoljavanjem svih životnih i razvojnih

potreba, uključujući i osiguravanje radnih mjesta na kojima će se mladi ljudi moći afirmirati, stvaralački i kreativno dokazivati i ispoljavati. Prevencija se sastoji u poduzimanju unaprijed mjera opreza, dobro, stručno i znalački organiziranih akcija, aktivnosti, postupaka, načina i oblika sprečavanja samoubilačkih ideja i tendencija, pa prema tomu, i svakoga pokušaja samoubojstva. Kao što smo ranije spomenuli, prevenciju dijelimo na tri razine: primarnu, sekundarnu i tercijalnu. Primarnom prevencijom obuhvatit ćemo cijelu zajednicu, otklonit ćemo uzroke, povode i motive te onemogućiti njeno širenje. Sekundarnom prevencijom obuhvatit ćemo osobe koje su već suicidalno ugrožene. Ona se provodi u posebnim, specijaliziranim centrima. Tercijalnom prevencijom obuhvaćamo liječenje i rehabilitaciju. Razlikujemo generalnu ili opću te posebnu ili specijalnu. Prva se odnosi na opće odgojno djelovanje, kao i mjere opreza, zaštite i preduhitivanja, koja se primjenjuje na cijelu populaciju mladih ljudi radi onemogućavanja, a suzbijanja i sprečavanja suicidalnih razmišljanja, ideja i tendencija, a druga se primjenjuje pri radu sa mladima gdje su se već razvile samoubilačke namjere. Kao u svakom patološkom stanju, tako i u ovom. Što se ranije samoubilačke ideje otkriju, što su u blažoj formi izraženije, njihove planove i namjere biti će lakše i prevenirati i spriječiti. Treba imati na umu da je čin samoubojstva stvar trenutka. Ako ga baš u tom trenutku ne spriječimo, završetak može biti koban. Ako pak pravovremeno i učinkovito interveniramo – samoubojstvo se može spriječiti i prolongirati na kraći rok, a nerijetko i trajno, što u mnogome ovisi o daljnjem odgojnom i korektivnom radu s potencijalnom samoubojicom, zatim o intenzitetu njegove krize, njegovu tjelesnom i mentalnom zdravlju i njegovoj ličnosti. Da bismo potencijalnom samoubojici mogli pružiti pomoć i spasiti mu život, valja u prvom redu uočiti i otkriti njegovu tajnu namjeru, samoubilački plan, a potom poduzeti učinkovite preventivne mjere. Treba ga vratiti u životnu realnost, uliti mu samopouzdanje, probuditi mladenački zanos, optimizam i želju za životom. On mora osjetiti da ga okolina i njegovi najbliži cijene, uvažavaju i vole. Valja ga uvjeriti da je svaka kriza prolaznog karaktera, da nema nerješivih problema, da i druge mlade ljude muče slične nedaće. Krizu, konflikte i probleme treba rješavati, a ne od njih bježati u smrt. Potencijalnog samoubojicu treba integrirati u društvo vršnjaka, približiti ga zdravoj jezgri mladih, pomoći mu da svlada i prebrodi vlastite psihičke tegobe, razriješiti krize i konflikte. Njegov očaj treba pretočiti u nadu i spoznaju o vlastitoj vrijednosti. Što se mladi ljudi više druže, zabavljaju, rade, uče, bave se sportskim i drugim aktivnostima, što su više zaokupljeni atraktivnim sadržajima, život će im biti veseliji, bogatiji, jača vlastita vjera i snaga. U Europi, postoje različiti pokreti, koje organiziraju zdravstvene službe. Najpoznatiji pokret je samaritanska organizacija koja djeluje u Velikoj Britaniji, a u nju su uključeni laici dobrovoljci, spremni da osobama u krizi ponude prijateljsku pomoć. Tako i u Republici Hrvatskoj postoje

različite udruge psihologa i humanitarne organizacije koje formiraju dežurne službe i razgranate mreže telefonskih linija i brojeva na kojima dežuraju osposobljeni entuzijasti koji na svaki poziv odgovaraju ljubazno, znalački, umirujući, pokušavajući da osobi u krizi, koja im se obrati za pomoć, pruže konkretan savjet i oslobode od emocionalne napetosti i krize. Veoma je dobro da se u taj posao sve više uključuju i mladi volonteri – entuzijasti. Putem kraćih seminara, bivaju educirani i osposobljeni za ovaj humani posao. Ono što je dobro kod volontera – entuzijasta je da oni uz preveniranje pokušaja samoubilačkih namjera telefonski, već i u svojoj okolini i društvu sami otkrivaju i prepoznaju osobe kojima je potrebna pomoć. Veoma je bitno uspostaviti iskrenu i kontinuiranu komunikaciju s osobama koje su zaokupljene samoubilačkim razmišljanjima. Živa, topla, ljudska riječ, iskazana skrb, briga i povjerenje mogu biti veoma djelotvorni te imati funkciju ispružene i produžene ruke, uvijek spremna na pomoć, podršku, skrb i potporu. U prevenciju i radnu detekciju samoubojstva potrebno je uključiti i obitelj, školu, prosvjetne, zdravstvene, socijalne, crkvene i humanitarne organizacije, klubove mladih. Jer samo sveobuhvatna, sustavna, kontinuirana, dobro organizirana, koordinirana akcija može na tom planu osigurati zadovoljavajuće rezultate i trajnija rješenja.

4.4 KAKO POMOĆI SUICIDALNO UGROŽENOJ OSOBI

Suicidalnu osobu, koja je pokušala ili počinila samoubojstvo, možemo zateći usmrćenu, živu s lakšim ili težim ozljedama ili bez ikakvih fizičkih oštećenja. U svakom slučaju potrebno je odmah obavijestiti policiju i pozvati hitnu medicinsku pomoć. Nakon što saniramo moguće ozljede, važno je da uspostavimo iskrenu, toplu i ravnopravnu komunikaciju, bez nametanja vlastitih misli, rješenja, osude i sl. Prvo osobu moramo izvući iz kritične situacije, pustiti da se odmori tek onda pitati zašto je to učinio. Tada je vrlo važno da budemo suosjećajni, puni razumijevanja i povjerenja. Trebamo znati da je on preplašen, fizički i psihički pati. Malo optimizma i tračak nade, koji će mu pokazati izlaz, mogu biti presudni za promjenu njegove odluke. Ne smijemo zaboraviti da je njegova odluka i ponašanje plod dugotrajne krize, patnje i drugih negativnih emocija, zato je važno pokrenuti oprezan i taktičan razgovor makar i poticajnoga monologa koji će mu omogućiti da se ponovno otvori. Kada se uspostavi dijalog, valja ga pomno i pažljivo slušati, bez prekidanja i ispravljanja. Treba mu omogućiti da govori što želi, da iznosi one informacije za koje u tom trenutku smatra da ih može iskazati, povjeriti. Osobu zahvaćenom suicidalnom krizom nikako se ne smije ni za trenutak ostaviti samu. Sljedeći

korak je uključivanje osobe na terapiju koju provodi stručna osoba. Njega nije dovoljno samo tješiti, nego treba i suosjećati s njime, njegovim problemima i krizama. Prividno smirenje poslije saniranja ozljeda i psihoterapije ne smije nas zavarati jer ne jamči da je suicidalna kriza prošla pa treba biti oprezan i ne prepuštati ga samog sebi. Izuzetnu pozornost treba poklanjati osobama koje su već pokušale neuspjelo samoubojstvo jer one pripadaju u najrizičniju skupinu i nikada se ne zna hoće li ikada ponovno pokušati. Treba znati da su osobe sklone suicidalnom ponašanju obuzete golemim nezadovoljstvom, gorčinom i tjeskobom, depresijom koje nisu nastale od trenutačnog poriva već su posljedica dugog niza uzaludnih pokušaja da se za tegobe pronađu rješenja.

4.5 MEDIJI I PREVENCIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Vrijeme u kojem živimo obilježeno je mnogobrojnim mogućnostima informiranja i obrazovanja, od radija, TV-a, novina i danas vrlo popularnog interneta. Već dugo mediji nisu samo posrednici koji prenose neki sadržaj, već stvaraju socijalnu okolinu i postaju dio prirodnog okruženja. Mediji su postali ogledalo i dio svakodnevnog života velikog broja ljudi. Osnovna obilježja novina su masovnost, fleksibilnost, niska cijena, visok stupanj selektivnosti te „dulji životni vijek“ proizvoda. Različite vrste medija na neki način pokušavaju naći svoje mjesto i ulogu. U prilog tome govore česte rasprave o samoubojstvima, stopama samoubojstava i sl. Podaci koji se pri tome iznose, nerijetko su senzacionalistički, nesistematiziran i navode na zaključak o ekstremnom povećanju broja samoubojstava. No i prije novina, poznati svjetski književnici, od Shakespearea do Goethea bavili su se tim fenomenom. „Werterov efekt“ je izraz kojim se označuje kopiranje samoubojstava, a nastao je nakon objavljivanja Goetheove priče, što je izazvalo slična samoubojstva. A. Brigham navodi kako jedan članak u novinama može navesti 20 osoba na samoubojstvo. U prvom istraživanju koje se bavilo utjecajem tiska na pojavu samoubojstava u sedam američkih gradova od 1945. do 1965., zaključeno je da način na koji se piše o samoubojstvima, više nego sadržaj, loše utječe na emocionalno stanje nezrelog čitatelja, što na kraju može rezultirati samoubojstvom. Rezultati brojnih istraživanja potaknuli su Svjetsku zdravstvenu organizaciju na pokretanje projekta SUPRE (Suicide prevention), s ciljem izradbe strategije i preporuka, koje bi trebalo poštovati u izvještajima o samoubojstvima, a odnose se na izbjegavanje senzacionalističkog izvješćivanja, izbjegavanje objavljivanja priče na naslovnici, izbjegavanje objavljivanja fotografija i opisa suicidalnog ponašanja, kao razumljivog i

prihvatljivog načina rješavanja problema te predlažu objavljivanje adresa i brojeva telefona institucija koje mogu pomoći osobama koje razmišljaju o samoubojstvu. U novije vrijeme jedna od najvulnerabilnijih skupina u ukupnoj populaciji su djeca i adolescenti. Podaci američke organizacije Focus Adolescent, čiji je cilj pružanje pomoći adolescentima i njihovim obiteljima u rješavanju problema, govore kako je posljednjih 25 godina broj samoubojstava porastao. Suicidolozi smatraju kako upravo mediji imaju važnu ulogu u odluci za počinjenje samoubojstva zbog toga što, u pojedinim slučajevima, maloljetnici na ideju samoubojstva dolaze zbog utjecaja medija, poistovjećujući se s tragičnim događajem o kojem su mediji izvijestili. U kampanju protiv senzacionalističkog izvješćivanja uključila se i Republika Hrvatska, koja poziva medije na poštivanje privatnosti djece i dostojanstva žrtve, upozorava na izrazitu ranjivost i osjetljivost djece u adolescentnoj dobi te traži prestanak upornog plasiranja vijesti o stradanju djece kao glavne vijesti dana. U vrijeme interneta i globalizacije, iznimno je važno kako mediji prenose poruku o nečijem samoubojstvu. Jedan pozitivan primjer suradnje psihijatrijske struke i medija objavili su austrijski autori Etzersdorfer i Sonneck 1998. Naime nakon uvođenja podzemne željeznice u Beču, to je postalo mjesto za počinjenje samoubojstva, tako da je niz godina broj počinjenih suicida na tom mjestu bio u porastu. Mediji su o tim samoubojstvima izvješćivali na dramatičan način, tako da je austrijsko udruženje za prevenciju samoubojstva odlučilo donijeti smjernice za izvješćivanje o samoubojstvima putem medija. Nakon što su prihvatili stručne smjernice, došlo je do promjene u načinu izvješćivanja o samoubojstvima i posljedično do znatnog pada broja samoubojstava u podzemnoj željeznici. U medijskim napisima o suicidima bitno je smanjiti moguće suicidogene efekte, kakve mogu imati detaljni opis načina samoubojstva, kontradiktorni napisi, romantiziranje suicidalnih motiva, pojednostavnjivanje uzroka samoubojstva, koji je kompleksan, tragični fenomen. Mediji mogu i pozitivno utjecati na populaciju, u smislu prevencije suicidalnog ponašanja, tako da objavljuju izvještaje o kriznim situacijama koje su uspješno razriješene i nisu rezultirale suicidalnim ponašanjem, kao i kada daju korisne savjete o tome što da osoba učini ako u blizini ima suicidalnu osobu.

4.6 JAVNOZDRAVSTVENI PRISTUP PREVENCIJI SAMOUBOJSTVA

Sveobuhvatna strategija prevencije samoubojstva mora biti dijelom cjelovitog javnozdravstvenog pristupa. Javno zdravstvo je znanost i umijeće unapređenja i promicanja zdravlja, prevencije bolesti te produljenja životnog vijeka i povećanje kakvoće života, organiziranim naporima zajednice. Sveobuhvatna prevencija treba rezultirati znatnim i

dugoročnim smanjenjem broja samoubojstava u zajednici. Javnozdravstveni pristup obuhvaća pet međusobno povezanih koraka, koji čine cjelovit sustav primarne prevencije. Prvi korak je definiranje problema. Kontinuirano prikupljanje, obrada i analiza podataka da bi se ocijenila veličina problema, nužni su za trajno prikupljanje podataka o suicidima, kako počinjenim, tako i o pokušajima suicida. Prikupljeni podaci moraju biti: točni, sveobuhvatni, pravodobni i reprezentativni. Obradom i analizom podataka dobiva se uvid u značajke problema. Sljedeći korak je identifikacija protektivnih čimbenika i čimbenika rizika. To su čimbenici koji povećavaju vjerojatnost nastanka suicida u osoba koje su izložene djelovanju tih čimbenika. Čimbenici smanjenog rizika ili protektivni čimbenici, one su značajke, navike i zbivanja, koji jačaju otpornost pojedinca ili populacije na određeni rizični događaj. Podatke o rizičnim čimbenicima moguće je dobiti iz epidemioloških pokazatelja koji su rezultat kontinuiranog prikupljanja podataka o počinjenim suicidima. Treći korak je plan prevencije. Cilj učinkovite intervencije jest djelovati na smanjenje čimbenika rizika i povećanje protektivnih čimbenika. Intervencijske metode moraju biti dokazano sigurne, etične i u okvirima postojećih resursa. U planiranje učinkovite intervencije, moraju biti uključeni svi društveni segmenti, odnosno institucije; lokalna zajednica i država. Četvrti korak, implementacija intervencije. Strategija programa mora biti donesena i prihvaćena na nacionalnoj razini. Prevencija samoubojstva podrazumijeva istodobnu provedbu općih društvenih mjera intervencije, koje su usmjerene na čitavu populaciju i specifičnih individualnih mjera prevencije, koje su usmjerene na pojedince s povećanim rizikom za suicid. Partneri u provedbi općih mjera jesu:

- 1) Država; koja donošenjem i provedbom mjera kojima se regulira posjedovanje i nošenje vatrenog oružja, distribucija i izdavanje lijekova, distribucija otrova, prodaja i zlouporaba sredstva ovisnosti.
- 2) Crkva; smisao afirmacije života koji se nalazi u vjeri, snažan je protektivan čimbenik u društvu.
- 3) Mediji.
- 4) Javno zdravstvo.
- 5) Socijalna služba; pružanje adekvatne socijalne podrške svim marginaliziranim društvenim skupinama, kao što su beskućnici, etničke manjine, nezaposleni, stari ljudi koji žive sami. Socijalna služba mora osigurati efikasne mehanizme podrške i zaštite te blisko i neposredno surađivati sa zdravstvenom službom, policijom i humanitarnim organizacijama.
- 6) Civilne udruge; djelovanjem udruga ostvaruje se društvena integracija, uključivanje, komunikacija, osjećaj zajedništva. Volonterskim djelovanjem, koje se velikim djelom prakticira

radom udruga, jača osjećaj brige za drugoga, svrhovitost i smislenost, koji su protektivni čimbenici u prevenciji samoubojstva.

Provoditelji specifičnih preventivnih mjera, prije svega su liječnici u suradnji sa stručnjacima različitih profila. Važno je pravodobno prepoznavanje čimbenika rizika te primjereno liječenje depresije na primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Zadnji korak je evaluacija intervencije. Da bi se mogla provesti kvalitetna evaluacija, potrebno je postaviti odgovarajuće ciljeve koji su specifični, mjerljivi, realni i u ograničenim vremenskim okvirima. U programima prevencije suicida, ciljevi moraju biti dugoročni. Evaluaciju treba provoditi tijekom čitave implementacije programa uz mogućnost promjena gdje god se one pokažu nužnima. Javnozdravstveni pristup prevenciji samoubojstva mora počivati na dokazima utemeljenim na činjenicama jasnoj strategiji, realnim ciljevima i angažmanu i suradnji svih segmenata društva. (1)

5. ZAKLJUČAK

Smrt je jedina sigurna činjenica u našem životu, od koje ne možemo pobjeći i s kojom ćemo se svi jednoga dana susresti. Kako ćemo umrijeti, neimenovanost je koju svi očekujemo i racionalno prihvaćamo. Ali kada se radi o samoubojstvu, ono donosi breme crnih slutnji i bolnih osjećaja. Na žalost danas smo upoznati sa statističkim podacima koji govore da je samoubojstvo treći uzrok smrti mladih od 15 do 24 godine. Ovaj strašan podatak u nama treba pobuditi alarm. Alarm za akciju. Sve više različitih stručnjaka provodi istraživanja upravo na ovu problematiku koja nas je zadesila. I dobiveni podaci nas tjeraju na organiziranje, koordiniranje i provođenje različitih mjera prevencije suicida, poglavito u mladih osoba.

Zdravstveni kadar je neizostavan dio ove akcije. Kako liječnici i različiti stručnjaci, tako su i medicinske sestre dio odrastanja djeteta. Od prvih kućnih posjeta kao patronažne sestre ili kao medicinske sestre u pedijatrijskim ambulantama, medicinske sestre u odgojno-obrazovnim ustanovama, radimo na edukaciji i zdravstvenom prosvjećivanju mladih, potičemo ih na mentalno i tjelesno rekreativan život. Promatramo ih, obuhvaćajući izgled, stanje i ponašanje. Prepoznajemo rizične i protektivne čimbenike i radimo na tome da ih uklonimo i/ili potaknemo uz timski rad cjelokupnog zdravstvenog i nama srodnog kadra.

Vrlo je bitno nastaviti tim smjerom, te putem različitih medija, udruga i klubova motivirati mlade na komunikaciju, povjerenje, druženje i osigurati im nesmetano djetinjstvo, ispunjeno srećom, roditeljskom ljubavlju i mogućnošću njihovog razvijanja prema zdravim, samostalnim i odgovornim odraslim osobama.

6. LITERATURA

1. Marčinko D. i suradnici, Suicidologija, Medicinska naklada, Zagreb 2011.
2. Drakulić – Mindoljević A., Suicid fenomenologija i psihodinamika, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
3. Stanić I. Samoubojstvo mladih velika zagonetka, Medicinska naklada, Zagreb 1999.
4. Nikolić S., Marangunić M. i suradnici, Dječja i adolescentna psihijatrija, Školska knjiga, Zagreb, 2004.
5. Prtorić – Vulić A. Depresivnost u djece i adolescenata, Naklada slap 2004.
6. Schleifer J. Sve što trebate znati o tinejdžerskim samoubojstvima, Slovo, Zagreb, 2008.
7. Manzoni – Lebedina M., Maglica T. Suicid adolescenata [Stručni rad], Zagreb, 2004.
8. Graovac M., Prica V. Rizični čimbenici kod samoubojstva adolescenata, Zavod za adolescentnu psihijatriju, Klinika za psihijatriju Rijeka, Rijeka 2013.
9. Sedić B. Prevencija samoubojstava u Republici Hrvatskoj, [Magisterij], Zagreb 2009.
10. Šmalc - Folnegović V., Hercigonja – Kocijan D, Barac B. Prevencija suicidalnosti, Zagreb 2011.